Le-livre.com

Claude Lorin / Patricia Demachy

La psychologie de l'enfant et de l'adolescent

à la portée de tous

DICTIONNAIRE PRATIQUE
DES TROUBLES, TRAITEMENTS ET LIEUX DE SOINS.

ENFANCES
INITIATION

Privat

Dans la série **Enfances** / *Initiation*

Dr Jacques Chazaud	*Précis de psychologie de l'enfant.*
Collectif (Sous la direction de Joyce Aïn)	*Adolescences.*
Dr Myriam David	*L'enfant de 0 à 2 ans.*
Dr Myriam David	*L'enfant de 2 à 6 ans.*
Michelle Erena, Marie-Claude Lacrosaz, Gérard Bastien, Nadine Decourt	*Lire à la maternelle.*
Dr Pierre Galimard	*L'enfant de 6 à 11 ans.*
Dr Pierre Galimard	*L'enfant de 11 à 15 ans .*
Cécile Guéguen, Hélène T. Leveau	*Rendez-vous à la crèche.*
Mireille Lescure	*Psychologie de la première enfance.*
Jacqueline Peugeot	*La connaissance de l'enfant par l'écriture.*
Dr Ginette Raimbault	*L'enfant et la mort.*
Aletha Solter	*Mon bébé comprend tout.*
Judith Wallerstein, Joan B. Kelly	*Pour dépasser la crise du divorce.*

La psychologie de l'enfant et de l'adolescent

Des mêmes auteurs

Claude Lorin

Le jeune Ferenczi, Aubier-Montaigne, 1983

L'inachevé, Grasset, 1984

Pour Saint Augustin, Grasset, 1988,
traduit en italien aux Editions Borla, Rome.

Traité de psychodrame d'enfants, Privat, 1989.

Patricia Demachy en collaboration avec **Claude Lorin**

A l'écoute de votre enfant, Hachette, 1985.

Édition préparée par
Alain Boyer.

Maquette intérieure :
Studio Pastre, *Toulouse*, 61 54 34 37.

Impression :
Imprimerie Chastrusse, *Brive*.

ISBN : 2-7089-1072-8
© 1990, Éditions Privat, 14, rue des Arts 31068 Toulouse cedex.

Claude Lorin / Patricia Demachy

La psychologie de l'enfant et de l'adolescent

Dictionnaire pratique des troubles, traitements et lieux de soins.

Privat

A nos enfants
ainsi qu'à NOS ENFANTS*

* « Nos enfants » est l'intitulé de la chronique que nous avons animée sur Antenne 2 (dans le cadre de Télématin).
« NOS ENFANTS », cela signifie aussi les vôtres et ceux des milliers de téléspectateurs qui, par leur courrier, nous ont permis de rédiger cet ouvrage.

COMMENT UTILISER

6 cas peuvent se présenter à vous :

1

Votre enfant (ou un adolescent de votre entourage) souffre d'une difficulté psychologique particulière (cauchemars, timidité, tics, troubles de la lecture, fugue...) :

Consultez la *Table des matières* pour trouver la page où se trouve traité le problème en question, ainsi que le nom scientifique qui le désigne. Vous avez dès lors accès aux explications se rapportant aux causes du trouble et au traitement susceptible d'y mettre fin.

Les appellations des troubles précédées du signe ♡ concernent les bébés, celles précédées du signe concernent les adolescents.

2

Vous voulez savoir en quoi consiste un traitement préconisé :

Consultez le chapitre *Traitements*, qui précise ce qu'est, par exemple, la thérapie analytique, l'affirmation de soi, le psychodrame, etc...

3

Vous souhaitez connaître l'adresse et le n° de téléphone du centre de consultations et de traitements ou du lieu d'écoute que vous aimeriez consulter :

Voyez le chapitre intitulé *Où et à qui s'adresser*. Cela, quelle que soit la ville de France où vous résidez.

CET OUVRAGE ?

4

Vous cherchez un conseil, un avis, une orientation pédagogique pour votre enfant :

Ouvrez ce livre au chapitre *Questions d'éducation.*

5

Vous aimeriez connaître les règles morales qui gouvernent l'exercice de notre métier de psychologues, ainsi que les droits de l'enfant :

Lisez le chapitre *Questions d'éthique.*

6

Enfin, si la signification exacte d'un mot ou d'une expression vous échappe,

Vous en trouverez la signification, brève mais précise, au *Lexique* des mots utilisés, placé en fin de volume.

Lorque dans le corps du texte vous trouverez un mot suivi d'une astérisque *, cela signifie que vous pouvez vous reporter au dictionnaire des troubles, chapitre 1.

De même lorsque vous trouverez un mot composé en **caractère gras** , reportez-vous au lexique des mots utilisés, placé en fin de volume.

TABLE DES MATIÈRES

COMMENT UTILISER CET OUVRAGE ? 8
AVANT-PROPOS 21
LE PREMIER RENDEZ-VOUS AVEC UN PSYCHOLOGUE 25
LES TESTS PSYCHOLOGIQUES 28

Chapitre 1 : Troubles et difficultés psychologiques de l'enfant et de l'adolescent

(par ordre alphabétique)

A

ACCIDENTROPISME (Les défis du casse-cou) 33
AGORAPHOBIE (Il n'ose pas sortir seul) 35
AGITATION (*voir* INSTABILITÉ)
AMÉNORRHÉE (L'absence de règles) 36
ANGOISSE (Sommes-nous tous angoissés ?) 36
ANGOISSE D'ABANDON (Elle craint qu'on ne la délaisse) 37
ANGOISSE DE MORCELLEMENT (La peur d'être réduit en miettes) 40
ANOREXIE (Elle refuse de manger) 41
ANORGASMIE (Elle n'a aucun plaisir à faire l'amour) 44
ANXIÉTÉ (Arias et tracas permanents) 45
APHASIE (Il est devenu quasiment muet) 45
APHONIE (Elle a perdu sa voix) 46

ASTHME ET ALLERGIES (Leurs origines psychologiques) 47
AUTISME (L'enfant dont les yeux ne se posent sur rien) 49
AUTO-MUTILATION (Il se mord, se frappe) 50

B

BARATINEUR (*voir* MYTHOMANIE)
BOIT SANS SOIF (*voir* POTOMANIE)
BÉGAIEMENT (I beg your pardon) 52
BOUDEUR (*voir* MUTISME)
BOULIMIE (Le désespoir des ogres) 53
BRUXOMANIE (Il fait grincer ses dents) 54

C

CARACTÉRIEL (Un caractère de chien !) 55
CARENCE AFFECTIVE (Je suis en manque ... d'amour) 56
CASSE-COU (*voir* ACCIDENTROPISME)
CAUCHEMARS (Leurs significations) 57
CÉPHALÉES (La migraine est un message) 59
CHEVEUX TRIPOTÉS (*voir* TRICHOTILLOMANIE)
COLIQUES idiopathiques (Un cri d'appel) 60
CONSTIPATION (*voir* MÉGACOLON)
CONSTIPATION psychogène (Origines psychologiques) 61
COPROLALIE (Parler comme un charretier) 62
COPROPHAGIE (Ses excréments l'attirent) 64

D

DÉLIRE (Il se prend pour un canard sauvage...) 65
DENTS QUI GRINCENT (*voir* BRUXOMANIE)
DÉPRESSIONS (Causes et traitements) 66
DORMIR TROP (*voir* HYPERSOMNIE)
DORMIR MAL (*voir* INSOMNIE)
DROGUES (Ce qu'ils recherchent en elles) 67
DYSCALCULIE (Elle compte n'importe comment) 71
DYSLEXIE (Il confond les mots) 73
DYSPAREUNIE (Faire l'amour lui fait mal) 75
DYSORTHOGRAPHIE (Elle écrit sans comprendre) 76

DYSPRAXIE (Craintes et tremblements) 77

E

ÉCHOLALIE (Le syndrome du perroquet) 78
ÉCRIRE MAL (*voir* DYSORTHOGRAPHIE)
ECZÉMA (J'aurai ta peau!) 79
ENCOPRÉSIE (Il fait encore dans sa culotte) 80
ÉNURÉSIE (Pipi au lit) 81
ÉROTOMANIE (Le syndrome de la "midinette") 83
ÉRYTHROPHOBIE (La peur de rougir) 83
EXHIBITIONNISME (Question de pudeur) 86

F

FAIRE DANS SA CULOTTE (*voir* ENCOPRÉSIE)
FANTASME de grossesse (La déception des garçons) 88
FÉTICHISME (Chère petite culotte ...) 89
FRUSTRATIONS (Savoir dire non à bon escient) 90
FUGUES (Il menace de se "casser") 92

G

GEIGNARD (*voir* HYPOCONDRIE)
GESTES BIZARRES (*voir* DYSPRAXIE *et* AUTISME)
GLACE (se regarder dans la) (*voir* NARCISSISME)
GRIMACER (*voir* SYNCINÉSIES FACIALES)
GROS MOTS (*voir* COPROLALIE)

H

HALLUCINATIONS (" Elle voit des nains partout"...) 94
HANDICAP PHYSIQUE (Comment affronter la détresse) 95
HOMOSEXUALITÉ ("Je suis lesbienne, et alors ?"...) 97
HYPERSOMNIE (L'enfant-marmotte) 99
HYPOCONDRIE (Il a toujours mal quelque part ...) 100
HYSTÉRIE (Elle en rajoute dans la maladie) 101

I

IL M'AIME, JE LE SAIS (*voir* ÉROTOMANIE)
IMMATURITÉ de langage (Elle parle comme un bébé)..... 102
IMPUISSANCE sexuelle (Le cauchemar des Dom Juan...) 103
INSOMNIE (Mystérieuses nuits blanches)..... 104
INSTABILITÉ (Elle gigote comme un ver)..... 105

JK

JALOUSIE (L'arrivée du second...)..... 107

L

LAIDEUR (Les chirurgiens de Narcisse...)..... 111
LECTURE IMPOSSIBLE (*voir* DYSLEXIE)
LECTURE FAUTIVE (*voir* DYSLEXIE)

M

MAL (*se faire du mal*) (*voir* MASOCHISME)
MAL (*aimer faire du*) (*voir* SADISME)
MANGER (*ses excréments*) (*voir* COPROPHAGIE)
MANGER (*avec excès*) (*voir* BOULIMIE)
MANGER (*n'importe quoi*) (*voir* PICA)
MANGER (*refuser de*) (*voir* ANOREXIE)
MANIPULATION affective (L'exploitation des désaccords)..... 113
MASOCHISME ("Johnny fais-moi mal !")..... 115
MATHÉMATIQUES (*difficulté avec les*) (*voir* DYSCALCULIE)
MÉDICAMENTS (*abus de*) (*voir* TOXICOMANIE)
MÉGACOLON (Constipations d'origine psychologique)..... 117
MENSONGE (Les affres du baratineur)..... 117
MÉRYCISME (Vomissements d'origine psychologique) 119
MIGRAINE (*voir* CÉPHALÉE)
MUTISME (Bouderie ou histoire sans parole ?) 120
MYTHOMANIE (Elle ne raconte que des histoires)..... 122

N

NANISME (Les formes d'origine psycho-sociale)..... 124
NARCISSISME (Miroir, mon beau miroir...)..... 125

NEUROECTODERMOSE (La maladie d'*Elephant-man*) 127
NÉVROSES (Dépistage et traitements) 128
NUDITÉ (*voir* EXHIBITIONNISME)
NYMPHOMANIE (Croqueuse d'hommes) 129

O

ONYCHOPHAGIE (La manie de se ronger les ongles) 130

PQ

PARLER bébé (*voir* IMMATURITÉ DU LANGAGE)
PARLER tout seul (*voir* SOLILOQUIE)
PARLER du mal-voyant (*voir* VERBALISME)
PARLER comme un perroquet (*voir* ÉCHOLALIE)
PARLER (*ne pas parler*) (*voir* APHASIE)
PARLER (*être sans voix*) (*voir* APHONIE)
PEAU (*maladie de*) (*voir* ECZÉMA, NEUROECTODERMOSE, ALLERGIE)
PETIT (*rester*) (*voir* NANISME)
PHOBIES (Des peurs plein la tête) 132
PICA (Il mange n'importe quoi) 133
PIPI AU LIT (*voir* ENURÉSIE)
PLAISIR ABSENT (*faute d'orgasme*) (*voir* ANORGASMIE)
PLAISIR ABSENT (*à cause de la douleur*) (*voir* DYSPAREUNIE *et* VAGINISME
POTOMANIE (C'est un "boit-sans-soif") 134
PROVOCATIONS (Les conflits de générations) 135
PSYCHOSES (Dépistage et traitements) 137

R

REGLES ABSENTES (*voir* AMÉNORRHÉE)
REGLES DOULOUREUSES (*voir* AMÉNORRHÉE)
ROUGIR (*peur de*) (*voir* ÉRYTHROPHOBIE)

S

SADISME (Elémentaire, mon cher Marquis...) 139
SOLILOQUE (Elle parle toute seule) 140
SOMATISATION (Le corps sans parole) 142

SOMNAMBULISME (Des histoires à dormir debout) 142
SOMNOLENCE (Il "bâille" aux corneilles ...) 143
SORTIR (peur de) (*voir* AGORAPHOBIE)
♡ SPASMES DU SANGLOT (Colère bleue ...) 144
SUICIDE (Faire face aux tentatives) 145
SYNCINÉSIE faciale (Il grimace sans raison) 146

TU

TICS (Comment t'ôter-ton-tic ?) 148
TIMIDITÉ (Le charme des romantiques) 150
TOXICOMANIE familiale (La responsabilité des adultes) 152
TRICHERIES en classe (Les parents complices ?) 155
TRICHOTILLOMANIE (Tournicoter sans cesse ses cheveux) 157

VW

VAGINISME (Le glaive hors du fourreau...) 159
VERBALISME (Les soliloques des mal-voyants) 159
VOMIR (*voir* MÉRYCISME)
VOYEURISME (Voyons voir...) 160

XYZ

ZÉZAIEMENT (ou zozotement) 162
ZOOPHILIE (Il "aime" les animaux) 162

Chapitre 2 : Traitements, lieux d'écoute et de consultation, où et à qui s'adresser ?

LES DIFFÉRENTES FORMES DE TRAITEMENTS 165

Les psychothérapies individuelles :
La psychanalyse 165
Les psychothérapies de soutien 166
L'analyse transactionnelle - La Gestalt-thérapie 166
L'approche paradoxale 168
Les thérapies d'expression créative 169
La thérapie non directive 169
L'hypnose - La suggestion 170

La rééducation psychomotrice 170
La relaxation - Le yoga 170
Le déconditionnement - La désensibilisation systématique ... 171
La technique d'immersion 171
L'affirmation de soi 172
L'entraînement à la communication sociale 172
La thérapie cognitive 173

Les psychothérapies de groupe :
Le psychodrame d'enfants 173
Le psychodrame diagnostique 173
Le psychodrame pédagogique 174
Le psychodrame thérapeutique 174
L'ergothérapie 174
La thérapie institutionnelle 175
La thérapie familiale 175

LIEUX D'ÉCOUTE ET CENTRES DE CONSULTATION 176

OÙ ET À QUI S'ADRESSER 180

Chapitre 3 : Questions d'éducation

"Garçon ou fille, docteur ?" 193
Choisir un prénom 195
Y a-t-il une "bonne" façon de porter bébé? 197
♡ Il a besoin de son "Doudou" 199
"Et la tendresse, B... ?" 201
♡ L'apprentissage de la propreté 202
Élever seul(e) son enfant 205
Aime-t-on tous ses enfants de la même façon ? 207
L'enfant unique : un enfant comme les autres ? 209
♡ Les jouets sont-ils interchangeables ? 211
♡ Du bon usage de la fessée 213
♡ Pourquoi ci, pourquoi ça ? 215
Ces contes et légendes qui leur font peur... 217

L'enfant anxieux avant une opération chirurgicale 219
Les dessins dévoilent la personnalité 221
Le chantage aux cadeaux 224
Tenir ses promesses... 225
Peut-il voir une dernière fois sa grand-mère morte ? 226
Pour ou contre les robots guerriers ? 229
♡ Faut-il l'obliger à manger de tout ? 231
Il veut un animal à tout prix 232
L'enfant et la publicité 234
Agressions d'enfants : comment les prévenir ? 237
Rentrée scolaire : pas de panique ! 239
S'occuper après l'école 241
Susciter son désir d'apprendre 243
Notre enfant est surdoué 245
Il abandonne tout ce qu'il commence 247
Dormir chez les copains 249
Nos enfants sont-ils racistes ? 251
Faut-il leur donner de l'argent de poche ? 253
Comment leur annoncer notre séparation ? 255
Faut-il masquer ses sentiments ? 257
♡ Le monde secret des adolescents 260
 Peut-on le laisser s'habiller n'importe comment ? 262
Il s'entendent comme chien et chat ! 263
 Premières amours 264
Ingratitude : À quoi servent les "vieux"? 266
Que répondre aux questions indiscrètes ? 268
 Le SIDA : éléments pour une prévention efficace 270

Chapitre 4 : Questions d'éthique

LA MORALE DES SOIGNANTS : 275
CODE DE DÉONTOLOGIE DES PSYCHOLOGUES
LA MORALE DES PARENTS : 278
HISTORIQUE DES DROITS DES ENFANTS
LA DÉCLARATION DES DROITS DE L'ENFANT 281

Chapitre 5 : Lexique des expressions et des mots utilisés

A 283
Abréaction • Acte manqué • Acte professionnel • Affect • Age mental • Agressivité • Ambivalence • Amnésie • Anaclitique • Association libre • Auto-érotisme • Aptitude au travail •

B 285
Bénéfices d'une maladie • Bilan diagnostique • Bisexualité •

C 285
Ça • Caractériel • Censure • Complexe • Complexe de castration • Complexe d'Electre • Complexe d'Œdipe • Contre-transfert • Cure ambulatoire •

D 287
Débilité • Défenses • Déni de la réalité • Déplacements • Dépendance •

E 288
Education spéciale • Egoïsme • Envie du pénis • Eros •

F 288
Familles d'accueil • Fantasme • Fixation • Forclusion • Frustration • Fuite dans la maladie •

G 289
Guidance •

H 289
Handicap • Hospitalisme •

I 290
Idéal du moi • Idéalisation • Inceste • Inconscient • Instinct • Intellectualisation • Interprétation • Intersecteur de psychiatrie • Introversion •

J 292
Journée (prix de) • Jugement critique •

L 292
Lallation • Latence (période de) • Loi d'orientation •

M 293
Maternage • Neutralité • Non • Normal •

N 294
Nanisme •

O 294
Objet transitionnel • Obsession • Ontogénèse •
Organisateurs psychiques •

P 295
Paradoxale (communication) • Passage à l'acte •
Phallique (femme) • Préconscient •

Q 297
Quotient intellectuel •

R 297
Rationalisation • Réactionnel • Réflexe de fouissement •
Réflexe des points cardinaux • Refoulement • Régression •
Résistance • Rêverie diurne • Rituels • Roman familial •

S 299
Schéma corporel • Sentiment d'infériorité • Sévices •
Sexualité infantile • Stade du miroir • Stade oral •
Stade urétro-anal • Stade phallique • Structure mentale •
Subconscient • Sublimation • Surdétermination • Surmoi •
Symbolisme • Symbiose •

T 302
Tests • Tiers-payant • Transfert • Travail du deuil •
Travail du rêve • Trisomie • Tutelle •

V 303
Verbalisme • Vulnérabilité •

Z 303
Zone érogène •

AVANT-PROPOS

« Ecouter pour s'entendre » , « expliquer pour traiter » sont les deux principes qui sous-tendent cet ouvrage.

Ce livre a bien sûr une histoire. Il est le fruit de nos consultations, mais aussi des émissions télévisées que nous avons réalisées en direct chaque semaine pendant plus de trois ans sur Antenne 2 dans le cadre de *Télématin.*

Voici en fait comment les choses se déroulèrent.

En octobre 1985, William Leymergie invitait « *un jeune couple de psy. s'exprimant sans jargonner* » et décidait avec Daniel Patte de créer (c'était une première en France) la chronique hebdomadaire de psychologie de l'enfant et de l'adolescent intitulée : « NOS ENFANTS » .

Ce projet nous séduisit. Et ce fut « *l'événement* » . Le public et la presse réagirent de suite :

— « Les psychologues d'Antenne 2 donnent l'exemple. Chaque mercredi Claude Lorin et Patricia Demachy traitent d'un problème de psychologie familiale : audience en flèche. » [1]

— « L'antenne est donnée en direct à deux jeunes psychologues... Plusieurs centaines de lettres sont déjà arrivées, de mères, de pères, de grands-parents, les téléspectateurs multiplient les questions auxquelles Claude et Patricia répondent personnellement si elles ne passent pas à l'antenne. » [2]

— « Coups de fil incessants, lettres qui affluent par cascades... les parents veulent en savoir plus... ça marche très fort pour nos deux psychologues : l'information passe bien, les conseils abondent, les téléspectateurs participent activement, en proposant des thèmes qui leur sont chers... » [3]

— « Cette nouvelle émission d'Antenne 2 connaît un vif succès : près

de 4 millions d'auditeurs... » [4]

— « Ceux d'entre vous qui, au saut du lit, ont le réflexe T.V., connaissent Claude Lorin qui anime avec Patricia Demachy la chronique « NOS ENFANTS » qu'A.2. propose dans Télé-matin » .[5]

— « Nouvelle chronique intitulée « NOS ENFANTS » avec les psychologues de Télé-matin, Claude Lorin et Patricia Demachy... Les voici avec leurs deux enfants Alexis et Clémence... » (photo) [6].

— « Dans l'émission dynamique qu'ils animent à Télé-matin, Claude Lorin et Patricia Demachy abordent maintes questions concernant la communication en famille. » [7]

De fait, jusqu'en fin 88, les téléspectateurs nous submergèrent de lettres et d'appels, nous interpellèrent où que nous soyons (surtout dans la rue, même en vacances !...) pour nous demander de résoudre un problème, pour nous faire part d'un changement qu'avait induit telle émission, pour discuter ou nous montrer les dessins de leurs enfants, pour évoquer leurs rêves, etc...

Tous témoignèrent d'un vif désir de savoir, d'être informés de tout. De la psychologie en général, de notre pratique (quelle différence entre un psychologue, un psychiatre, un psychanalyste, un psychothérapeute...), des dépistages des troubles, des explications concernant la signification inconsciente de tel comportement, des traitements.

Beaucoup, écrivant de toutes les régions de France, de Belgique aussi, nous demandèrent des adresses d'associations (publiques ou privées), des Centres d'aide et de soins, des lieux d'écoute. Beaucoup quêtaient un conseil, un avis, une orientation pédagogique. Certains cherchèrent à connaître les règles éthiques de notre profession, ce que nous trouvions normal étant donné le nombre de charlatans dépourvus de titres universitaires (astrologues douteux, cartomancienes, télépathes, voyants extra-lucides, numérologues, prophètes, magiciens) qui se font passer pour psychologues aux yeux du grand public.

D'autres nous demandaient parfois la signification d'un mot, d'une expression (complexe de castration, acte manqué, angoisse du huitième mois, transfert, etc...), entendus ou lus, ici ou là.

Ils témoignèrent aussi d'un intérêt nouveau et passionné pour « ce qui se passe dans la tête d'un enfant », afin de trouver des issues aux conflits familiaux, voire conjugaux. L'évidence était là. Nous devions interrompre nos émissions pour écrire un livre restituant fidèlement tout ce que nous avions expliqué.

Au cours de l'année 1989, je décidai de poursuivre les émissions sur la famille, une fois par mois, le dimanche sur Antenne 2, à la demande de

Gabriel Nissim, afin d'avoir enfin du temps pour écrire ce livre. Même intérêt du public, mêmes sollicitations. Au début de l'année 1990, Agnès Vincent et Vincent Terrot me demandèrent d'intervenir dans l'émission « C'est pas juste » (FR3), pour traiter avec des adolescents de sujets de psychologie médicale. Tout cela renforça notre désir d'offrir dans cet ouvrage l'éventail d'informations et de réponses cliniques que nous voulions claires et pratiques aux difficultés rencontrées par chacun (parents, grands-parents, adolescents eux-mêmes, puéricultrices, enseignants qui continuèrent à nous contacter pendant toute cette période).

Difficultés diverses qui nous obligèrent à constituer une véritable encyclopédie avec un Abécédaire allant de l'Anorexie à la Zoophilie en passsant par les troubles du langage, de la sexualité, du sommeil, de l'alimentation, les cauchemars, les fugues, la drogue, les névroses, les psychoses, l'autisme...

D'où notre désir d'expliquer, cette fois noir sur blanc, en quoi consiste les traitements que nous préconisons (et dont nous avons l'expérience).

D'où notre souhait d'offrir une liste d'adresses précises afin que chacun sache où et à qui s'adresser. Ceci étant valable aussi pour mes étudiants de 2ème, 3ème ou 4ème année à l'Université qui, sur certains points, n'en savent pas toujours plus que le « *grand public* » .

D'où notre volonté, conscients de la responsabilité qui est la nôtre, de donner notre avis, sous forme d'analyse, de conseil ou d'orientation, concernant les grandes questions de pédagogie soulevées en famille et dans la société.

D'où enfin notre choix de faire connaître pour la première fois (car le Code de déontologie des psychologues n'a jamais été publié jusqu'alors) l'éthique qui gouverne notre métier (règles du secret professionnel, etc.) ainsi que les Droits des enfants et des adolescents dans le monde.

Tout cela en restant fidèles à notre image et à notre manière d'être : énoncer clairement ce que nous avons à dire et à transmettre en tant que spécialistes de l'enfance et de l'adolescence. En restant fidèles aussi aux deux principes évoqués :

1. écouter pour s'entendre,
2. expliquer pour traiter.

Cela signifie concrètement qu'un psychologue clinicien est, selon nous, quelqu'un qui vient non avec des problèmes, mais avec des solutions. Quelqu'un qui, ayant la charge de s'exprimer publiquement (à l'Université, à la télévision), le fait avec exactitude et sans obscurité.

Evidemment, certains mots techniques nous sont parfois nécessaires et c'est pourquoi le livre que vous avez entre les mains comporte en fin d'ou-

vrage un lexique des mots et expressions usités.

Nous avons très à coeur de remercier tous les téléspectateurs qui, de près ou de loin, en exposant leurs problèmes, en témoignant auprès de nous de l'efficacité des solutions que nous leur proposions, via le petit écran, nous ont accordé leur confiance.

Nos remerciements s'adressent bien sûr aux animateurs avec lesquels nous avons si agréablement travaillé, William Leymergie d'abord, puis Julien Lepers et Roger Zabel. Nous sommes éminemment redevables à Daniel Patte ainsi qu'à Gabriel Nissim et à tous les membres des équipes, de la régie au chef de plateau, qui nous ont apporté mille précieux conseils en communication audio-visuelle.

Nous tenons à rendre hommage enfin à Nicole Mauvoisin et Gérard Bardy, rédacteur en chef du *Pèlerin*, dont nous sommes actuellement collaborateurs, ainsi qu'à notre éditeur.

Chacun d'entre eux nous a permis, à sa façon, de fixer par écrit toutes les informations livrées au cours de ces quatre ans d'émissions.

Car la réalité est celle-ci : **les images s'envolent, les écrits restent.**

Mars 1990

1. Yves Duprey, journal *Parents*.
2. François Tcherkerssof, mensuel *Alma*.
3. Anne Le Nir, *Médecines douces*.
4. Nicole Mauvoisin, *Le Pèlerin Magazine*.
5. Hélène Kleiner, *L'enfant d'abord*.
6. *Télé 7 jours*, *France-Soir T.V. Magazine* ainsi que *Elle* sous la plume de Ghislaine Andréani.
7. Marie-Odile Sanguinetti, *Naître et grandir*.

LE PREMIER RENDEZ-VOUS AVEC UN PSYCHOLOGUE

EXAMEN CLINIQUE

Savez-vous exactement ce qu'est un psychologue ?... Quelle est sa fonction et quelles différences existent entre lui et un psychiatre, un psychothérapeute, un psychanalyste ?

Voici les réponses à ces questions.

Un *Psychologue* est soit docteur en psychologie, soit titulaire d'un Diplôme d'études supérieures spécialisées en psychologie, délivré par une université à l'issue de huit ans d'études de psychologie (pour le doctorat) ou de cinq ans (pour le D.E.S.S.).

Un *Psychiatre* est un docteur en médecine qui a suivi, après ses sept ans d'études médicales, une spécialisation (pendant trois ans au minimum) en psychiatrie. Eventuellement, il prescrit donc des médicaments.

Un *Psychanalyste* est soit un psychologue soit un psychiatre qui a suivi pour son compte personnel une psychanalyse et pouvant en conséquence pratiquer la psychanalyse de patients (au début, il se soumet à un « contrôle » avec un autre psychanalyste).

Enfin, un *Psychothérapeute* est psychologue ou psychiatre. Il a recours pour soigner ses patients à une ou à plusieurs formes de psychothérapie. Il peut s'agir de psychothérapies individuelles (analytiques, comportementales, etc) ou collectives (psychodrame, etc. Voir chapitre *Traitements*).

Le premier rendez-vous avec un psychologue se passe généralement de la façon suivante :

Un dossier est constitué au nom de votre enfant. Une secrétaire y note ses nom, prénom, date de naissance, sa place dans la fratrie s'il a des frères

et soeurs, le motif de la consultation ainsi que le nom de la personne qui vous a suggéré de consulter (cela peut être un médecin, une institutrice, un ami, etc... ou votre propre initiative).

L'ENTRETIEN PARENTS-ENFANT

Le psychologue reçoit généralement d'abord les parents, puis l'enfant seul, afin de bien distinguer :

— le discours tenu *sur l'enfant* et

— le discours *de l'enfant* (ou de l'adolescent).

Quand cela n'est pas possible, nous recevons les parents et l'enfant en même temps ; ce qui permet d'observer parfois

— le discours tenu *à l'enfant* par les parents pendant l'entretien.

Le psychologue écoute. Il distingue :

— *la demande explicite* des parents (ou de l'institution qui lui adresse l'enfant : école, lycée, hôpital, dispensaire...). Cette demande concerne les symptômes dont, à leur avis, souffre leur enfant. Ils nous demandent d'y mettre fin.

— *le désir implicite*, qui est parfois distinct de la demande (par exemple, dans certains cas graves, ils demandent une prise en charge psychologique, mais désirent en fait obtenir une pension d'invalidité).

— *les besoins réels* des parents, qui s'insinuent au fil du dialogue et qui ne sont pas sans rapport avec les besoins, les désirs et la demande de leur enfant.

Ils peuvent toutefois être différents. L'enfant, en effet, n'éprouve pas nécessairement le « besoin » de consulter.

Il faut donc être attentif :

— aux symptômes dont se plaignent les parents à propos de leur enfant ;

— aux symptômes dont se plaint l'enfant.

Ceux-ci peuvent être niés, ou être simplement le reflet d'un malaise différent de ce que perçoivent les adultes.

Au cours de l'entretien avec les parents, les psychologue est amené à poser un certain nombre de questions afin de comprendre :

— quel est le problème de fond.

Questions se rapportant au début des symptômes :

Quand sont apparues les difficultés ? Ont-elles surgi brutalement ou progressivement ? Ont-elles évolué ? Y a-t-il un fait précis qui aurait pu en être la cause ? L'enfant a-t-il déjà consulté ailleurs ?

— son retentissement sur le comportement :

Nous cherchons à savoir également de quelle façon la vie familiale se trouve perturbée (si elle l'est) et si les difficultés apparaissent d'une façon

permanente ou périodique — il n'est pas rare, par exemple, qu'un enfant fasse pipi au lit (ou bégaie) dans des circonstances particulières et pas dans d'autres.

Quelle est l'attitude des parents envers le trouble ? Ont-ils tendance à l'exagérer ou à le minimiser ? Sont-ils réticents à venir consulter ? Sont-ils coopératifs, indifférents ?...

Généralement, les parents sont amenés à raconter l'histoire de leur enfant. Histoire qui n'est pas sans lien avec son développement et avec leur propre histoire. Ils nous parlent :

— de la grossesse (S'est-elle bien déroulée ? Etait-elle désirée ?) ;
— de l'accouchement et de la naissance ;
— du développement de leur enfant, en commençant par
— l'apparition des premiers sourires,
— la station debout,
— l'acquisition de la marche, de la parole, de la propreté...,
— le sommeil, le comportement alimentaire,
— les relations de l'enfant avec sa mère, son père, ses frères et soeurs, les enseignants, l'autorité, etc.

Ils apportent des précisions sur la petite enfance (famille séparée, enfant portant le nom d'un autre père, adopté, etc.).

Ils évoquent ensuite les questions se rapportant à la scolarité et, s'il s'agit d'un adolescent, à la puberté, à la formation professionnelle... Les événements significatifs de la vie de l'enfant sont souvent rapportés (maladie grave, deuil, fugues, vols, tentative de suicide, séparations brutales, etc.), ainsi que le rôle important des grands-parents paternels et maternels.

Rien de tout ce que disent les parents ne doit être négligé.

L'ENTRETIEN AVEC L'ENFANT SEUL

Rappelons d'abord qu'un entretien à visée curative suppose l'accord et la coopération de l'enfant et de ses deux parents.

Nous écoutons la parole de l'enfant :

— a-t-il ou non conscience des difficultés qu'évoquent ses parents ?
— dans le cas contraire, que peut-il dire de ce qui, selon lui, ne va pas ? S'il ne peut ou ne veut s'exprimer par la parole, il le fait en utilisant le dessin, la peinture, la pâte à modeler, ou les jouets qui sont à sa disposition dans le bureau de consultation.

Le psychologue est attentif à ce qu'expriment le visage de l'enfant (gai, triste, craintif, mobile, figé...), son corps, ses postures, son comportement, sa façon d'être en général.

Il est sensible à ce que dit l'enfant, mais aussi à ce qu'il se retient de dire, à ce qu'il ressent, imagine, croit et pense de lui-même et des autres.

Un véritable examen clinique peut être pratiqué, prenant en compte :
— la conscience (claire ou floue) qu'il peut avoir de ses troubles ; l'enfant autiste*, par exemple, n'a qu'une conscience confuse de lui-même ;
— la mémoire ;
— l'orientation dans l'espace et le temps (Sais-tu où tu es ? Pourquoi tu viens ici ? Quel jour sommes-nous ? Quel âge as-tu ?) ;
— l'affectivité (est-il émotif, anxieux, expansif ou dépressif ?) ;
— l'intelligence.

L'enfant souffre-t-il de troubles de l'attention en classe ? Y a-t-il des opérations mentales simples qu'il est incapable d'effectuer ? De façon permanente, transitoire ?...

Enfin, un certain nombre d'examens psychologiques complémentaires peuvent être effectués à la demande. Ce sont les *tests*, que nous allons expliquer maintenant, avant d'aborder, dans cette première partie, les divers troubles qui font l'objet d'un diagnostic de la part du psychologue, ainsi que les traitements les plus appropriés à leur résolution.

LES TESTS PSYCHOLOGIQUES

Des tests de quatre sortes différentes sont utilisés par les psychologues :
1. les tests de niveau (on dit aussi « psychométriques ») ;
2. les tests instrumentaux ;
3. les tests de personnalité ;
4. les tests projectifs.

LES TESTS DE NIVEAU

Ils permettent d'évaluer le niveau de développement d'un enfant dès son plus jeune âge.

Avec le test de Brunet-Lézine, on calcule un quotient de développement (Q.D.)

On apprécie le développement psychomoteur dans quatre domaines :
— l'attitude posturale ;
— la coordination des mouvements ;
— le niveau de langage ;
— la sociabilité.

Ces épreuves se rapportent à l'intelligence sensori-motrice, c'est à dire à la capacité de résoudre des problèmes à partir d'activités faisant intervenir la perception, les attitudes et les mouvements.

a. De la naissance à 30 mois :

On pose des questions à la mère sur le développement de son enfant.

On fait passer des épreuves à l'enfant.

b. De 30 mois à 5 ans :

L'enfant passe, seul, une série d'épreuves.

Prenons l'exemple d'un enfant de 16 mois (âge réel : A.R.).

Imaginons qu'il obtienne comme âge de développement (A.D.) :

— langage : 17 mois,
— social : 16 mois, 18 jours,
— pondéral (poids) : 15 mois, 5 jours,
— coordination : 9 mois.

Cet enfant devra être pris en charge afin de rétablir son niveau de coordination oculo-motrice ou psychomoteur.

Avec la N.E.M.I. (Nouvelle échelle métrique de l'intelligence), on peut évaluer le Quotient de développement (Q.D.) d'enfants de 4 à 12 ans, de trois mois en trois mois.

Zazzo, reprenant les travaux de Binet, a mis au point plusieurs sub-tests faisant appel cette fois à la mémoire, à l'intelligence pratique, à l'esprit d'abstraction, à l'organisation temporo-spatiale.

Avec le W.I.S.C. (Weschler Intelligence Scale for Children), on détermine un Q.I. (Quotient intellectuel) :

A. *L'échelle verbale* fait appel aux fonctions intellectuelles. Elle se divise en six subtests et donne un Q.I. verbal.

B. *L'échelle de performance* fait appel à « l'intelligence pratique » et se divise également en six subtests pour donner un Q.I. de performance.

Le Q.I. total s'obtient en considérant le Q.I. Verbal et le Q.I. de Performance. Il se calcule en divisant l'âge mental (A.M.) par l'âge réel (A.R.) du sujet et en multipliant le résultat par 100 :

$$\text{Q.I.} = \frac{\text{A.M.}}{\text{A.R.}} \times 100$$

Les résultats : La moyenne de la population = 100
Q.I. entre 80 et 120 = normal
Au-dessus de 120 = supérieur
Au-dessous de 70 = **débilité** présumée.

Il faut néanmoins faire attention à l'emploi de ces chiffres qui ne sont qu'une évaluation présumée à un moment de la vie d'un individu. Un psychologue ne doit pas livrer ces chiffres sans explications. Des problèmes affectifs importants peuvent en effet troubler les résultats d'un sujet intelligent (« faux débile »).

LES TESTS INSTRUMENTAUX

Ils sont le complément des tests de niveau et approfondissent les recherches dans un domaine donné.

Si, par exemple, au test de niveau il y a présomption de désorientation de l'enfant dans l'espace et le temps, pour confirmer ou infirmer cette hypothèse nous faisons passer au sujet le test des « trois épreuves de rythme » , associé :

— soit à la figure de Rey (il s'agit de copier, pour ensuite les reproduire de mémoire, des figures géométriques complexes, sans signification évidente) ;

— soit au test de Bender, consistant en neuf figures géométriques plus ou moins complexes que le sujet doit reproduire en gardant le modèle sous les yeux.

S'il y a présomption de troubles de la latéralité (gauche-droite), test de pointillage (épreuves semblables pour la main droite et la main gauche).

LES TESTS DE PERSONNALITÉ

Aux adolescents, on peut faire passer le M.M.P.I. (Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota). C'est un test composé de 550 questions portant sur vingt domaines différents (santé générale, symptômes, relations familiales, attitudes morales...).

Il permet d'obtenir dix notes correspondant à des traits psychologiques (hypocondrie*, dépression*, hystérie*, personnalité psychopathique*, masculinité, féminité, paranoïa, psychasténie, schizophrénie, hypomanie, introversion sociale).

Les résultats se présentent sous la forme d'un profil.

Ce test étant assez long à faire passer, il existe une forme « abrégée » : le Mini-Mult, réduit à soixante et onze questions.

LES TESTS PROJECTIFS

Le test de Rorschach (le test des « taches d'encre »).

Créé par le psychiatre suisse Hermann Rorschach (1884-1922), dont le « Psychodiagnostic » paraît en 1921 ; mais l'idée vient de Léonard de Vinci (taches de mousse sur les murs, auxquelles il associait toutes sortes d'idées...). On montre 10 planches ; temps libre ; il faut dire tout ce que l'on croit voir dans les taches.

Par le « Rorschach » , nous pouvons voir chez le sujet testé tout ce qui

a été mis en place entre 0 et 1 an en ce qui concerne la structure de sa personnalité (**ça, moi, surmoi**), et les mécanismes de **défense** mis en oeuvre.

On détermine la structure de la personnalité en fonction de la **symbolique** des planches.

Il en ressort un diagnostic très précis.

Le T.A.T. (Thematic Apperception Test)

Complément du Rorschach dans le sens où il révèle ce qui a été mis en place entre 1 et 5 ans.

Il est surtout employé pour l'étude des *mécanismes de **défense***.

Matériel : 20 images (mais on ne les donne pas toutes : ce sont des photos dont la signification est ambiguë). Le sujet doit raconter une histoire, inspirée par ces planches, avec un début et une fin.

Ce test permet d'affiner le diagnostic obtenu.

Le C.A.T. (Children Apperception Test)

C'est une variante du T.A.T. spécialement adaptée aux enfants de 3 à 10 ans.

Il est composé de 10 planches où sont dessinées des scènes avec des animaux, auxquels l'enfant s'identifie facilement. Il doit raconter à partir de ces dessins une histoire avec un début et une fin : il va projeter ses craintes, ses conflits internes et familiaux, et mettre en place des mécanismes de défense. Ce test va aussi renseigner le psychologue sur le niveau de maturité affective de l'enfant.

Par exemple la quatrième planche est une femelle kangourou sur une bicyclette, avec un bébé kangourou dans sa poche, accompagnée d'un enfant kangourou : cette scène provoque des récits avec des thèmes de rivalité fraternelle ou sororale et des questions sur la naissance des enfants.

C'est au psychologue d'évaluer, en fonction de l'âge de l'enfant, ses capacités internes à aborder les conflits et les frustrations qu'imposent la réalité.

Le test de « patte noire »

Ce test comprend seize planches. Chaque planche évoque une scène se rapportant aux aventures d'un petit cochon dans sa famille (Patte noire).

L'objectif de ce test est de révéler les éventuels conflits inconscients de l'enfant avec son père, sa mère, ses frères et soeurs. Il faut savoir qu'étant donné la signification péjorative qui s'attache au cochon chez les israélites et les musulmans, il existe un test semblable où le petit cochon est remplacé par un mouton (le test P.N. moutons).

Ce test projectif met en évidence également certains troubles du caractère, certains éléments d'agressivité, de culpabilité ou de dépression, qui n'apparaissent pas toujours lors des premiers entretiens. Certaines régressions ou certaines manifestations psychosomatiques et psychopathologiques sont aussi mises en lumière.

Exemple 1 : A la planche 2, deux petits cochons s'embrassent. Derrière un muret, un autre petit cochon les regarde, étonné.

L'enfant est invité à commenter la situation. Il réagit.

Exemple 2 : A la planche 15, Patte Noire tète sa maman. Deux autres petits cochons blancs arrivent en courant.

L'enfant réagit en fonction de ses rivalités, de ses identifications.

Exemple 3 : A la planche 13, Patte Noire voit en rêve son père qui le regarde.

Les réactions révèlent souvent certaines difficultés liées au complexe d'Œdipe, au ***Sur-moi*** *ou à l'****idéal du Moi****.*

Le psychologue prend en note toutes les réponses de l'enfant. Il analyse ensuite chacune des réponses en référence aux connaissances psychanalytiques qu'il possède sur les conflits internes et les mécanismes de défense de l'enfant.

RAPPEL :

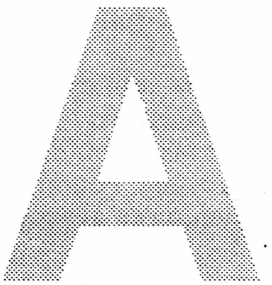
Lorque dans le corps du texte vous trouverez un mot suivi d'une astérisque *, cela signifie que vous pouvez vous reporter au dictionnaire des troubles, chapitre 1.

De même lorsque vous trouverez un mot composé en **caractère gras**, reportez-vous au lexique des mots utilisés, placé en fin de volume.

TROUBLES ET DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT.

(par ordre alphabétique)

1



ACCIDENTROPISME

Les défis du « Casse-cou ».

Ce mot barbare signifie : recherche inconsciente du danger. On a observé que les gens, victimes « malgré eux » de toutes sortes d'accidents répétés, se plaignent de leurs malheurs en clamant : « Pourquoi faut-il toujours que cela m'arrive à moi ? » En fait, l'état d'esprit d'un enfant déprimé ou furieux n'est pas sans lien avec l'apparition inopinée d'accidents en série.

Il n'y a pas de profil type de l'enfant casse-cou, mais des facteurs de risque qu'il faut évaluer. Faites-le vous-mêmes et appréciez tour à tour :

L'amour du risque

Surtout chez l'adolescent impétueux. Quand les bras dans le plâtre succèdent aux blessures à répétition, aux jambes cassées et autres collections de cicatrices, il y a plus qu'un simple désir de se surpasser. Il y a certainement le désir d'épater ses copains, de faire le mariole, de susciter l'admiration des parents... Certains adolescents ont avoué s'être blessés à moto en voulant simplement « épater la galerie » ou avoir un exploit à raconter.

L'identification à un personnage admiré

Souvent un héros, un aventurier, un personnage de film, généralement invincible : un don Quichotte des temps modernes.

J'ai vu en consultation un enfant de 8 ans dont le mimétisme avec Jean-Paul Belmondo était évident : c'était son idole. Cet enfant voulait reproduire les exploits de son héros qu'il croyait immortel, et il lui est arrivé toute une série de catastrophes.

L'autopunition

Il y a des enfants qui sont capables de dire : « Si je meurs, ce sera bien fait pour mes parents ! »

Je ne crois pas à l'existence d'un besoin de se punir chez l'enfant, mais à l'existence d'une tendance **agressive** qui peut (par crainte des parents) se retourner contre lui-même.

L'enfant qui frise la catastrophe « sait » qu'il mettra ses parents dans tous leurs états. A moins que ces derniers ne feignent l'indifférence, auquel cas il se peut qu'il aille encore plus loin.

Donc, ne cherchez pas à feindre. Si votre enfant veut éprouver vos « limites », solliciter votre admiration, jouez le jeu.

On ne naît pas casse-cou. Ne dites pas : Il est maladroit depuis toujours... il a la poisse... il cherche à faire l'intéressant. Fournissez à votre enfant d'autres manières d'attirer l'attention qu'en ayant des « pépins » graves et répétés.

Quand un enfant tombe, tout le monde se précipite pour l'aider, le soigner ; et c'est normal. S'intéresser à l'enfant et lui permettre de ne pas recourir à de tels stratagèmes est essentiel. Lui montrer de l'intérêt autrement que lorsqu'il a fait une chute est vital. La sollicitude dont vous pouvez témoigner est plus efficace qu'une colère agrémentée de gifles. On ne dit pas assez aux enfants casse-cou qu'on les aime en bonne santé et entiers !

L'esprit de conquête

Il existe chez l'enfant un besoin authentique de se surpasser, de défier l'impossible, de se prouver qu'il peut faire plus et mieux. Tout champion exprime ce besoin.

Chez l'adolescent, la recherche du danger, le désir d'éprouver l'ivresse de sensations inconnues, semblent très importants. L'envie de déplacer les montagnes, de s'élever, de vaincre des obstacles, de réaliser un exploit, existe ; elle peut être plus importante que la peur. L'esprit

sportif par exemple a valeur de prestige. Méfiez-vous seulement de :

a. l'enfant « tête en l'air », insouciant, désinvolte, qui prend des risques inutiles et se trouve plus exposé qu'un autre ;

b. l'enfant taciturne, tracassé, qui est moins « présent », moins attentif aux dangers réels ;

c. l'enfant instable*, vantard et belliqueux ; il provoque, bien sûr malgré lui, des accidents ;

d. l'enfant qui vit dans une famille où règnent l'insulte et la discorde. Il sera en proie à une **agressivité** qui fera de lui un fonceur tentant le diable inutilement.

Tels sont les principaux éléments se rapportant à la psychologie de l'enfant « casse-cou ».

TRAITEMENT :

• Une forme de psychothérapie de soutien et de prévention : l'Analyse transactionnelle, dont l'objectif thérapeutique est de travailler sur de tels scénarii, du style : « Pourquoi faut-il que ça m'arrive toujours à moi ?... »

AGORAPHOBIE

Il n'ose pas sortir seul.

C'est la peur qu'éprouvent certains enfants de sortir, seuls, de chez eux, alors qu'aucun danger ne les menace et qu'ils ont la maturité qui leur permettrait de le faire.

Les **phobies,** c'est vrai, sont assez fréquentes chez les petits : peur du noir, peur du loup, des serpents, de l'eau, de l'orage...

L'agoraphobie, c'est la peur des grands espaces (supermarchés, places, rues...), mêlée souvent à l'angoisse* du vide et au vertige. Elle est parfois inconsciemment *utilisée* pour ne pas aller à l'école, pour ne pas voir ses copains, afin de rester seul à la maison avec maman, voire dans le but d'attirer l'attention d'un père souvent absent.

L'attitude des parents est déterminante dans la disparition de cette conduite. On a observé que l'un des parents était souvent « renfermé » ; d'où une tolérance excessive chez le père ou la mère, concernant les craintes de l'enfant à l'égard des autres, et de l'extérieur en général.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie d'inspiration psychanalytique, ou thérapies comportementales.

AMÉNORRHÉE

L'absence de règles.

La suspension des règles pendant plusieurs mois (aménorrhée) dépend de facteurs émotionnels et s'accompagne parfois d'autres troubles (migraines*, boulimie*, anorexie*, insomnie*, etc...)

L'aménorrhée de la défloration ou du début du mariage et l'aménorrhée des examens ne sont pas rares chez les jeunes filles. On dit que l'aménorrhée est d'origine *psychogène.*

Le problème est délicat, car souvent la situation ou le choc émotionnel qui en est la cause est caché à la famille. Cela peut aller de la simple déception sentimentale à l'attentat à la pudeur, en passant par toutes les formes de relations sexuelles traumatisantes ou chargées de culpabilité.

Une fois éliminées les éventuelles causes endocriniennes (qui supposent un traitement), on peut dire que l'aménorrhée, comme la dysménorrhée (règles douloureuses), est l'expression d'un conflit psychologique auquel une solution doit être apportée.

TRAITEMENT :

De tels cas nous sont rapportés en consultation ou dans les Centres de Planning familial.

• De simples entretiens d'aide et d'écoute analytique, basés sur une relation de confiance, suffisent si l'adolescente ne souffre pas d'une névrose*.

ANGOISSE

Sommes-nous tous angoissés ?

Nombreux sont les téléspectateurs qui nous ont écrit à ce sujet : « Ma fille est une angoissée... J'angoisse pour lui... Le plus grand fléau de notre époque, c'est l'angoisse » ...

Cela étant, l'angoisse — si l'on en croit certains « grands penseurs » — est une composante existentielle de l'être humain, exprimant notre difficulté de vivre. Idée chère à Freud et Heidegger, lequel parle très poétiquement de « souci » fondamental chez l'être humain.

Sachez tout d'abord que l'angoisse n'est pas nécessairement liée à une menace ou à un danger réel, mais peut être due par exemple à l'in-

satisfaction d'un besoin vital, à un conflit intérieur aigu, à un **fantasme** envahissant l'esprit de l'enfant (voir anxiété*).

Plus rarement, elle est la conséquence d'un traumatisme dont les effets persistent. Dans de tels cas, votre enfant continue de lutter, en imagination, contre ce qu'il pressent comme étant dangereux.

Le départ brutal d'une mère provoque chez son nourrisson une forte angoisse à laquelle il doit faire face (voir angoisse d'abandon*).

L'angoisse chez l'enfant ou l'adolescent est assiégeante quand il éprouve des **pulsions agressives** qu'il doit réprimer.

Pour ceux qui sont plus angoissés que les autres, il y a des remèdes.

L'angoisse névrotique* se soigne relativement bien, grâce aux psychothérapies diverses exposées au chapitre *Traitements*.

L'angoisse *psychotique**, beaucoup plus difficilement, hélas.

L'angoisse peut prendre, toutefois, des formes plus simples, comme par exemple les cauchemars, les crises caractérielles, etc.

L'affirmation de soi et les techniques de désensibilisation sont particulièrement efficaces, même pour les adultes.

TRAITEMENT :

• Toutes les formes de psychothérapies individuelles (pas en même temps !).

• L'usage des anxiolytiques (médicaments qui calment l'angoisse) sur prescription médicale peut apporter une aide passagère, efficace ; il ne peut, cependant, traiter les origines de l'angoisse elle-même.

ANGOISSE D'ABANDON

Elle craint qu'on ne la délaisse.

Distinguons tout d'abord l'angoisse d'abandon — qui est un phénomène psychologique — et l'angoisse provoquée par l'abandon réel qui, hélas, existe encore.

Abandons réels

La loi de 1904, en effet, instaura en France l'abandon légal de l'enfant à la naissance, l'anonymat de la mère étant préservé pendant l'accouchement et le bébé étant inscrit sous trois prénoms différents. Aujourd'hui, le nombre d'enfants abandonnés diminue fort heureuse-

ment, surtout grâce à la possibilité d'avorter et aux aides apportées aux mères célibataires. Rappelons toutefois quelques chiffres pour montrer que cette angoisse n'est pas sans fondements historiques réels : en 1938, 110 963 enfants étaient encore pupilles de l'État.

La question des abandons judiciaires étant réglée par l'article 350 de la Loi de 1966 modifiée en 1976, venons-en à l'aspect psychologique des angoisses chez l'enfant.

Angoisse d'abandon

La peur d'être délaissé se manifeste lors des séparations, le soir, au moment du coucher par exemple, aussi faut-il aider votre enfant à surmonter ses craintes et l'encourager à partir en vacances, ou à vivre en collectivité, sans rester dans vos jupons. Aider votre enfant à grandir, le rendre autonome, se fait petit à petit, en douceur, et c'est bénéfique pour tout le monde. Vous avez besoin vous aussi de retrouver votre liberté, et ce n'est possible que si vous avez acquis l'indépendance affective indispensable. Les parents qui n'ont aucun problème « de garde » pendant qu'ils travaillent ont intérêt à « travailler » le problème de la séparation.

Qu'est-ce qui peut rassurer votre enfant ? Que vous lui fassiez sentir que se séparer pour un temps ne veut pas dire être perdu, délaissé comme le Petit Poucet. Certains parents ne parviennent pas à faire passer ce message, et les enfants ont d'autant plus peur qu'on les délaisse qu'ils sentent l'inquiétude du père, de la mère, ou des deux.

Le remède en famille : la réassurance

Certains enfants anxieux* s'accrochent à leurs parents, bien que nul ne les ait jamais menacés d'abandon. Si c'est le cas de votre enfant, expliquez-lui en détail comment est susceptible de se dérouler la séparation occasionnelle (départ en vacances, petit séjour chez une tante...). Il est essentiel que votre enfant exprime ses réticences, ses craintes, qui ne sont pas graves quand elles sont passagères mais handicapantes quand elles durent et s'accentuent avec le temps.

L'enfant qui souffre d'angoisse d'abandon s'imagine à jamais délaissé. On a observé que des enfants souffrant « d'abandonnisme » avaient souvent subi des séparations brutales (divorce mal supporté, deuil inexpliqué, départ mal préparé de la mère pour l'accouchement d'un second enfant, etc.).

Les enfants très « collés à papa-maman » (on parle de conduite d'agrippement) ont plus de mal que les autres à vivre en collectivité ;

ils sont souvent issus de foyers instables où règnent la mésentente et parfois le rejet réel de l'enfant.

Rassurez votre enfant si vous le sentez désespéré. Insistez sur le fait que cette situation n'est que provisoire et qu'elle ne se reproduira pas (si c'est vrai, naturellement). Pour les vacances, inutile de lui imposer une longue séparation : une semaine peut suffire, surtout la première fois.

Présentez-lui la vie en groupe de façon alléchante : les colonies ou la famille ne sont pas nécessairement en cause dans la peur de quitter « papa-maman ».

Que faire d'autre :

— éviter d'envoyer un enfant en colonie de vacances avant l'âge de 5-6 ans, si vous sentez qu'il est trop petit pour supporter la séparation dans un lieu étranger, avec des responsables qu'il ne connaît pas. En revanche, si vous le sentez prêt à accepter des activités à l'extérieur de la famille, et qu'il se réjouit à l'idée de partir, n'hésitez pas : voile, tennis, équitation, vie dans une ferme, ordinateurs... A lui de choisir. Si votre enfant a une de ces passions, trouvez-lui ce genre de séjour.

— suggérez-lui de choisir ses vacances. Quand un enfant a son mot à dire au lieu de subir une décision qui s'impose à lui, la séparation se passe mieux.

La méthode ?

Considérez ensemble le lieu, les activités proposées, les gens qui l'entourent, le nombre de jours qu'il y passera.

Commencez par un séjour bref, comme le ski d'hiver qui constitue un excellent test : une semaine suffit.

Se documenter permet de maîtriser une partie de l'angoisse, car l'enfant peut ainsi imaginer ce qui l'attend, avant d'y être.

Enfin, la séparation étant faite, écrivez-lui plusieurs lettres ou cartes postales ; avant de partir laissez-lui la possibilité de vous téléphoner : il ne le fera sans doute pas, mais le fait de savoir qu'il n'est pas coincé loin de vous lui permettra de surmonter l'éventuel « moment difficile ».

Ainsi aura-t-il envie de voler de ses propres ailes. Mais c'est aux adultes d'envisager intelligemment la « coupure », et cela dépend beaucoup de la façon dont eux-mêmes ont vécu les ruptures.

ANGOISSE DE MORCELLEMENT

La peur d'être réduit en miettes.

Plusieurs téléspectateurs ont attiré notre attention sur le fait que certains enfants (d'un ou deux ans) poussent des hurlements de désarroi quand le biscuit qu'on leur donne dans le bain pour les faire patienter se désagrège dans l'eau, ou qu'il se casse et disparaît au fond de la tasse de chocolat...

Cela paraît ridicule dans la mesure où l'on explique à l'enfant que, de toute façon, il sera croqué et cassé dans sa bouche.

Or, chez le tout-petit, un biscuit qui fond et se dissout peut susciter de véritables angoisses, inconsciemment liées à l'intégrité du corps : un gâteau en miettes, une poupée sans jambes, un ours auquel il manque un oeil, peuvent réveiller une inquiétude et provoquer d'authentiques crises de colère.

Chez un enfant entre un et deux ans, ces cris sont une manifestation possible de l'angoisse de morcellement : une peur terrible d'être soi-même mis en miettes ou de disparaître. Cette angoisse se rapporte à l'image du corps, non encore parfaitement constituée (voir **schéma corporel**).

Quel processus déclenche les cris ? L'**identification** inconsciente à l'objet dispersé. Tout enfant de cet âge s'identifie aux objets qui l'entourent ; on appelle cette identification « l'animisme enfantin ». Si une partie de l'objet manque — la jambe d'une poupée, l'oeil d'un ours en peluche —, s'il est fragmenté, l'enfant se sent lui-même en danger.

En fait, par **projection** ou **déplacement** d'une partie de soi, l'enfant se prend pour le biscuit, la poupée ou l'ours en peluche. Il est d'autant plus tracassé que le gâteau désagrégé ne se reconstitue pas : il disparaît totalement. Comme si lui aussi risquait de disparaître.

Comme l'angoisse du huitième mois, cette inquiétude se dissipe d'elle-même. Il faut savoir qu'il n'est pas ridicule qu'un enfant éprouve ce phénomène de disparition comme un danger potentiel, réel, et qu'il n'est pas absurde que la banale désagrégation d'un « petit beurre » puisse être vécue comme menaçante.

Ces angoisses archaïques se dissipent seules, mais il est préférable de ne pas donner successivement plusieurs biscuits à l'enfant dans son bain, si vous êtes sûr(e) de ne pouvoir éviter de l'inquiéter.

Chez l'enfant de 3 ans et plus, on a observé un déplacement subtil de ce phénomène. A cet âge, ils détestent — vous l'avez sûrement

remarqué — manger un biscuit cassé en deux, ou auquel il manque un coin... Là aussi, l'aversion résulte d'une inquiétude concernant l'intégrité du corps : la peur inconsciente de perdre un morceau de son propre corps ; ces craintes (entre 3 et 6 ans) sont liées non à l'angoisse de morcellement mais au ***Complexe de castration.***

Certains enfants parviennent à lutter contre leur inquiétude en préférant les jouets *incassables,* tels que l'épée du Roi Arthur ou les armes de Bioman et Musclor.

Si un plus grand déteste « les gâteaux cassés », inutile de le raisonner pour faire cesser ses hurlements ; inutile de le gronder : les manifestations de l'angoisse de castration ne sont pas de simples caprices.

Vous pouvez vous amuser à rassembler les morceaux, s'ils sont cassés net, et, tel un fragile puzzle, reconstituer le biscuit. Mais vous aurez plus vite fait de lui en donner un autre...

Si l'angoisse de morcellement persiste chez un enfant plus âgé, il est opportun de consulter un psychiatre.

ANOREXIE

Elle refuse de manger.

Le mot anorexie signifie, à l'origine, « absence de désir ». En fait l'anorexie désigne le refus de s'alimenter. C'est un blocage psychologique dont il existe trois formes :

1. *L'anorexie du nourrisson* survient chez le bébé entre 5 et 8 mois, souvent après le sevrage — on l'appelle aussi d'ailleurs « anorexie du sevrage ». Cela peut se manifester par le refus du sein ou du biberon, dès la naissance. Ce phénomène, extrêmement rare, est une manifestation de troubles relationnels importants.

2. *L'anorexie de la seconde enfance* est la manifestation d'une opposition marquée et non d'un simple caprice. Bébé vomit parfois ce qu'on cherche à lui faire absorber.
Une psychothérapie mère-enfant est indispensable, car la perte brutale d'appétit est suivie d'un rapide amaigrissement qui peut atteindre 20 % du poids initial de l'enfant.
Des troubles digestifs sont associés à une opposition active à la mère, voire à toute la famille, qui joue pendant des heures aux marionnettes, à Guignol, à « une bouchée pour papa, une bouchée pour maman »...

3. *L'anorexie de l'adolescente.* La jeune fille prétend qu'elle n'a jamais faim : consulter un médecin ou un psychologue évite de s'infliger des disputes ou des ruses qui deviennent vite un calvaire quotidien.

Refuser de s'alimenter est une manière de signifier que quelque chose ne va pas. La dimension relationnelle de ce symptôme est reconnue par tous les spécialistes. Les restrictions alimentaires peuvent débuter après un choc ou un drame familial. Elles peuvent aussi s'installer petit à petit, sournoisement. L'adolescente peut se plaindre aussi de troubles digestifs ; les parents s'inquiètent et la forcent à déjeuner normalement, ce qui généralement aggrave le **conflit.** D'ailleurs, si la famille parvient à ses fins, il n'est pas rare que la jeune fille se fasse vomir en cachette, ou prenne un laxatif.

L'anorexie peut alterner avec des accès de fringale nommés « boulimie » *.

Les garçons sont plus rarement anorexiques (de 3 % à 20 % au maximum).

C'est une maladie qui cache, chez la fille, un refus de la féminité. Devenir comme « une planche à pain » permet de refuser les formes féminines naissantes. Souvent, les règles sont très perturbées (dysménorrhée), voire absentes (aménorrhée*). Enfin, les filles présentent un corps asexué. Hyperactives, elles se « défoncent » dans leur travail.

Mais attention : les troubles de l'appétit qui surviennent dans les cas de cardiopathie, de malformation intestinale, d'infection ou de tumeurs, ne sont pas des formes d'anorexie.

En fait, pour chaque enfant, la cause du refus est différente et complexe. Il faut considérer « l'effet » psychologique que produit le refus de l'enfant sur les adultes qui l'entourent. L'enfant qui rechigne à manger déçoit, agace, inquiète. L'enfant qui mange bien, au contraire, satisfait son entourage. « Il fait plaisir à voir », dit-on. Cela rassure la famille.

On a proposé maintes explications de l'anorexie.

On a décrit les mères d'anorexique comme des personnes angoissées*, envahissantes, autoritaires, manipulatrices*. On a dit que l'anorexie servait inconsciemment à éviter la détente et la réplétion que procure le repas, détente pouvant entraîner des angoisses de mort. On a dit que ces mères pratiquaient le « forcing » ou cherchaient à mentir, à tromper leurs enfants.

En fait, il n'y a pas de profil type des mères d'anorexiques. Certaines statistiques montrent seulement que l'on s'angoisse plus dans les

« familles de gros » que dans celles des maigres ; ce qui est compréhensible puisque, chez les « gros », l'investissement affectif de la nourriture est plus important. Ils sont d'ailleurs les premiers atteints par cette épouvantable astreinte (une bouchée pour papa, une pour maman...).

Si l'enfant chipotte de façon circonstancielle, c'est-à-dire ne rechigne à manger qu'avec sa mère, ou seulement à la cantine par exemple, cet « appel », lié à une situation ou une personne spécifique, pourra être compris et analysé par vous-même. Vous éviterez que le cercle vicieux ne se referme, que la situation ne s'aggrave.

Ce cercle vicieux a été constaté chez des enfants dont la mère déteste préparer les repas, donner à manger, ou prendre du temps pour cela. Aussi curieux que cela paraisse, l'enfant satisfait inconsciemment sa mère en ne mangeant pas : il la décharge ainsi de la corvée des repas ! Et moins l'enfant mange, plus sa mère est agacée, pressée, moins l'enfant va manger, et ainsi de suite...

On a beaucoup dit que l'anorexie était la manifestation d'une opposition inconsciente à la mère. C'est particulièrement vrai chez les adolescents qui n'en peuvent plus d'entendre : « Mange donc ! », ou de voir quelles ruses déploie la famille pour les obliger à s'alimenter.

Faut-il ruser ? Pas avec les anorexiques. Il est même souvent demandé à la mère de ne plus se mêler des problèmes de nourriture, de ne plus chercher à contrôler les repas de l'enfant. Il lui faut déléguer la responsabilité des repas à quelqu'un d'autre (père, grand-mère, employée de la cantine...) si elle est réellement la cible du symptôme.

Une personne plus sereine fera retrouver à l'enfant le plaisir de manger. Avec les petits surtout, trois minutes, trois cuillerées, trois sourires valent mieux qu'une âpre bataille qui dure des heures. Cesser aussi le manège qui consiste à séduire l'enfant à tout prix. Pas de tromperie perfide, pas de forçage, de gavage, de mains attachées, pas de coups...

Efforcez-vous seulement de rendre plaisant le temps du déjeuner, et émoussez les éventuels conflits naissants en les transformant en jeu.

TRAITEMENT :

S'il s'agit d'une authentique anorexie déclarée et si l'adolescente est en grand danger, une psychothérapie familiale est absolument nécessaire.

ANORGASMIE

Elle n'a aucun plaisir à faire l'amour.

Il est rare que les adolescentes parlent à leurs parents de leurs premiers rapports sexuels, et cela se comprend facilement. Tout est en devenir en ce qui concerne leur sexualité et les difficultés qu'elles peuvent rencontrer constituent leur « jardin secret ».

C'est en consultation que certaines questions nous sont posées, avec d'ailleurs beaucoup de gêne.

Il faut savoir que l'anorgasmie existe chez les jeunes filles. Ce trouble consiste en l'impossibilité pour elles d'éprouver un orgasme, de quelque façon que ce soit, c'est-à-dire seule (la **masturbation** ne produisant aucun effet) ou avec un(e) petit(e) ami(e).

Certaines anorgasmies sont dues au fait que la jeune fille n'éprouve aucun plaisir auto-érotique, et donc a fortiori avec un partenaire qu'elle connaît depuis peu.

Le plaisir lié à la masturbation est extrêmement culpabilisé chez beaucoup d'adolescents, garçons ou filles.

L'anorgasmie dite « capricieuse » est fréquente (y compris chez l'adulte), car elle peut être liée directement à l'inexpérience du partenaire et aux circonstances dans lesquelles a lieu l'étreinte amoureuse.

Idem pour le garçon, dont l'anorgasmie se traduit en général par une impuissance* passagère avec telle ou telle jeune fille en particulier, l'orgasme étant le plus souvent obtenu solitairement.

Les problèmes sexuels sont souvent liés à des troubles **névrotiques** et relèvent dans ce cas d'une psychothérapie.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie d'approche paradoxale ou d'inspiration psychanalytique.

Néanmoins, toutes les difficultés sexuelles des adolescents sont du ressort d'un psychothérapeute ayant de solides connaissances en sexologie clinique.

ANXIÉTÉ

Arias et tracas permanents.

Attention aux mots trop galvaudés : l'*anxiété* n'est pas l'*angoisse*. C'est un sentiment vague mais quasi-permanent de craintes diverses. On dit de certains enfants qu'ils sont anxieux quand ils sont exagérément inquiets et qu'ils se font une montagne de tout.

L'angoisse*, rappelons-le, est un sentiment aigu de panique intérieure, souvent accompagné de suées, d'un cœur battant la chamade, comme si un événement terrible menaçait l'enfant. Les crises d'angoisse s'accompagnent de cris et sont difficiles à calmer par la simple réassurance d'un mot gentil.

Mais revenons à l'anxiété, cet état d'inquiétude diffus qui empêche l'enfant d'être simplement heureux de jouer, de bien travailler à l'école, et même parfois de parler correctement. Les bègues* sont des sujets anxieux.

Certaines manifestations corporelles (maux de tête*, états nauséeux, douleurs d'estomac, tensions dans les jambes, crampes, crispations) sont des signes psycho-somatiques* de l'anxiété.

Les enfants sont parfois la proie de vives inquiétudes dues à leur manque d'information et, par conséquent, à des malentendus. La conversation en famille est donc capitale.

TRAITEMENT :

• Relaxation - Activités ergothérapiques - Thérapies comportementales - Psychanalyse.

Ce sont des techniques dont les résultats sont très appréciables.

APHASIE

Il est devenu quasiment muet.

L'aphasie est un trouble important de l'évolution du langage, dû la plupart du temps à une lésion, une tumeur, un traumatisme crânien ou à certaines formes d'épilepsie.

Le langage devient sinon nul, du moins très perturbé, bien que le développement intellectuel et affectif de l'enfant reste normal. Toutefois, certains enfants entendent parfaitement et peuvent ré-acquérir un langage altéré. On parle alors de *dysphasie*. On réserve le terme

d'*aphasie* aux enfants qui ont acquis un langage normal et dont les fonctions se sont réduites. Il ne s'agit donc pas nécessairement d'enfants muets ou sourds de naissance.

L'aphasie s'accompagne de troubles de la lecture et de l'écriture quand elle apparaît vers 12 ou 13 ans, mais la compréhension et les acquisitions scolaires restent normales.

L'organisation verbale est affectée, le vocabulaire appauvri, les mots sont déformés, les expressions et l'articulation phonétique perturbées.

Il ne faut pas confondre l'aphasique avec l'enfant sourd, le boudeur*, ou l'autiste*. Des examens neurologiques, radiologiques (E.E.G., Scanner), confirment ou infirment le diagnostic, quand un bébé de deux ans, par exemple, ne parle pas du tout. Idem pour les enfants de plus de 5 ans dont le langage est déficient ou absent, bien qu'ils ne souffrent pas de troubles psychologiques apparents ni de surdité.

TRAITEMENT :

- Orthophonie, en vue d'une réacquisition du langage.
- Un psychologue choisira la psychothérapie la mieux adaptée au cas présenté, dans la mesure où de nombreux troubles du caractère et du comportement (impulsivité, instabilité*...) s'associent à cette déficience (Notons en outre que certaines formes d'aphasie passagère sont dues à un choc émotionnel d'une grande violence, un viol par exemple).

L'ALEXIE est un trouble qui parfois s'associe à l'aphasie.

Il s'agit de l'impossibilité totale de lire des phrases entières, alors que le processus de la lecture a été depuis longtemps acquis.

L'alexie, comme l'aphasie, est la conséquence de troubles organiques graves (tumeur, trauma crânien...).

APHONIE

Elle a perdu sa voix.

L'aphonie, totale ou partielle, est la perte inopinée de la voix habituelle.

L'adolescent aphone ou très enroué souffre généralement, dans des circonstances bien précises, d'une crainte massive de s'imposer, et inhibe ses sentiments, ses idées, son agressivité.

Doivent être éliminées, bien sûr, les causes organiques (affections grippales, angines, rhinites, laryngites, innervation anormale des cordes vocales...).

L'aphonie est un trouble fonctionnel passager, lié souvent à une situation impressionnante (examen oral, entretien avec une personnalité intimidante) ou à la rencontre d'une personne terriblement crainte, possédant un ascendant réel ou imaginaire sur l'enfant ou l'adolescent aphone.

Parfois la voix varie, change de ton d'une façon imprévisible et curieuse. On parle alors de *dysphonie.*

TRAITEMENT :

• Entraînement à l'Affirmation de Soi (voir page 172).

ASTHME ET ALLERGIES

Leurs origines psychologiques.

Le déclenchement des crises d'asthme dépend de certains facteurs psychologiques.

L'asthme du nourrisson, ou bronchite asthmatiforme, survient vers 5-6 mois et disparaît vers 3 ans. Cette perturbation respiratoire peut être, aussi bizarre que cela paraisse, l'expression physique d'une angoisse d'abandon*, notamment si l'enfant est gardé, de façon inopinée, par une personne qu'il n'a jamais vue, ou lorsque sa mère s'éloigne sans prévenir.

L'asthme de l'enfant : Certains facteurs d'allergie ont été isolés, mais ils sont rarement seuls responsables des crises. Pourquoi ? Parce qu'il est établi qu'un enfant peut faire une crise en l'absence de l'allergène supposé être à l'origine de son déclenchement. Curieusement, la présence du facteur supposé provoquer les crises (l'allergène) peut très souvent ne rien déclencher du tout. C'est pourquoi on dit de l'asthme qu'il est d'*origine relationnelle,* ou psychogène. Les facteurs héréditaires et infectieux sont évidemment à prendre en considération. Mais beaucoup d'allergies dépendent de facteurs psychologiques, de **conflits** chroniques, de contraintes et d'**agressivité** souvent inconsciente.

L'allergie, quand elle se déclare, représente une sorte de punition, diminuant l'insidieuse culpabilité inconsciente que l'enfant n'exprime pas.

Les **bénéfices** secondaires des allergies sont nombreux : tyrannie inconsciente exercée sur la famille, appel à la sollicitude... En consul-

tation, il m'arrive de demander aux parents : « Grâce à ses crises, que peut-il faire qu'il ne pourrait faire habituellement ? Comment réagissez-vous ? Que se passe-t-il ?... »

Certaines situations spécifiques, en effet, favorisent le déclenchement de la crise : tension familiale sourde, colère contenue, hostilité secrète... L'asthme peut ainsi exprimer une sorte de « contagion psychique » que l'on nomme « **identification** symptomatique », et se répéter sur trois générations. Dans le grand désordre psychosomatique qu'il représente, il est difficile d'affirmer que tout est héréditaire, au sens génétique du terme.

Chez l'adolescent, certaines contrariétés peuvent déclencher des rhinites chroniques, renforcées par des habitudes névrotiques*, comme celle de se racler la gorge. Certains phénomènes de grattage, de démangeaison, expriment des émotions refoulées. Chez une personne qui « n'est pas bien dans sa peau », l'action de se gratter exprime le retournement de la **pulsion agressive** contre soi-même (« ça me démange de lui dire que... »). Bon nombre d'allergies surgissent dans un contexte familial dépressif* ou culpabilisant. L'enfant réagit parfois de façon « épidermique » : dermatose, prurigo, eczéma*, urticaire...

Certaines allergies alimentaires (surtout l'intolérance aux protéines du lait) sont souvent l'expression d'une relation mère-enfant difficile.

Il existe une dimension et un climat familial subjectifs, sous-tendant les allergies respiratoires ou dermatologiques inexpliquées. On dit d'ailleurs que l'on est « allergique » à quelqu'un pour signifier une profonde aversion.

Même si l'allergie semble d'origine purement physiologique, l'anxiété* de l'enfant (ou des parents) accentue le symptôme. Les allergies ne surviennent pas n'importe quand : elles sont porteuses d'un message qu'un psychothérapeute déchiffrera.

TRAITEMENT :

- La psychanalyse d'enfant.

AUTISME

L'enfant dont les yeux ne se posent sur rien.

De nombreux téléspectateurs de France et de Belgique nous ont posé des questions sur cette étrange maladie que l'on appelle l'autisme, (voir aussi psychoses*). C'est une maladie rare et grave, qui se manifeste par l'impossibilité pour l'enfant de communiquer avec son entourage.

Les manifestations principales de l'autisme sont :

— absence de sourire et de contact oculaire au troisième mois. Bébé a le regard vide et absent ;

— absence d'angoisse du huitième mois (voir **organisateurs psychiques**) ;

— absence de cris, de langage, de pleurs quand la mère s'éloigne ou sort (vers 12 mois) ;

— absence de jeu avec les jouets habituels (poupée, nounours) ;

— absence de réaction quand la mère tend les bras à l'enfant ;

— absence de force musculaire, de réaction d'agrippement à la mère ;

— absence de réaction au chaud et au froid ;

— absence de la marche dans les délais normaux (le retard est souvent constaté entre 18 mois et 2 ans) ;

— apparition de gestes curieux et répétés (stéréotypies) ;

— absence de langage au-delà de 5 ans ;

— absence de réaction aux chatouilles, mots doux ou colères.

L'évolution de l'autisme est un problème épineux.

Plus de la moitié des enfants atteints parviennent à une évolution si le traitement psychologique est intensif ; ils finissent par acquérir la marche et le langage.

Hypothèses

Il existe de nombreuses hypothèses expliquant ce trouble :

— certains disent que l'enfant se retire dans son monde intérieur, car il vit le monde extérieur comme terriblement dangereux ;

— selon d'autres, il s'agirait d'une perturbation des relations mère-enfant, dès les premiers mois de la vie ;

— quelques spécialistes avancent l'idée que tout enfant à la naissance est quasi-autiste, dans la mesure où il vit dans son monde intérieur et n'a pratiquement pas de relation avec le monde dans les premiers jours. C'est grâce aux parents que le bébé entre véritablement en relation avec le monde qui l'entoure...

Depuis 13 ans, je traite en dispensaire des enfants autistes, et chez certains l'évolution est étonnante. Mais il faut distinguer l'autisme de Kanner [1] des psychoses* infantiles précoces qui surviennent entre 3 et 6 ans.

Les psychoses, chez le tout-petit, se manifestent par des crises d'angoisse massive, une instabilité évidente, un retard affectif et intellectuel et des troubles du sens de la réalité, comme si l'enfant cherchait à « se carapacer » et à fuir les contacts. D'où un déficit mental important : les performances de l'enfant restent faibles. Il reste en proie à des angoisses* très archaïques, et ses **défenses** sont primitives. L'enfant dont les yeux ne se posent sur rien doit être pris en charge par une équipe hospitalière spécialisée, dès que les troubles sont dépistés.

TRAITEMENT :

• La psychothérapie analytique donne à l'enfant des chances de vivre mieux et, disons le mot, de devenir un sujet à part entière. L'autisme est, toutefois, un trouble extrêmement grave et même les thérapies analytiques ne sont pas toujours capables d'en venir à bout.

AUTO-MUTILATION

Il se mord, se frappe.

Ne croyez pas que votre enfant soit « maso » *... tout est question d'âge et de degré. Il y a un âge où les bébés se griffent le visage, mordillent leurs doigts ou cognent leur tête contre le lit, sans le faire exprès. C'est banal à l'époque où ils ne coordonnent pas encore bien leurs mouvements.

De même, chez les plus grands, se ronger les ongles*, gratter ses croûtes ou se pincer n'a rien à voir avec l'auto-mutilation.

Ce phénomène apparaît chez les enfants qui perçoivent mal la douleur et souffrent de troubles de l'image du corps (voir **schéma corporel**). Certains enfants s'arrachent les cheveux (c'est la maladie dite de Menkès), d'autres se rongent les doigts de manière inquiétante (maladie de Lesh-Nyhan) ; il y en a qui se heurtent la tête contre le sol, se mordent la langue, les joues ou les poings de façon terrible...

Chez les enfants, ces conduites impulsives surviennent en géné-

1. L'autisme décrit par Kanner en 1943 atteint plus les garçons que les filles (3 garçons pour une fille). Le pourcentage des enfants atteints est évalué à 1/10.000ème des enfants environ.

ral après une colère, une agitation, une frustration*. L'auto-mutilation bien connue consistant à s'ouvrir les veines survient chez l'adolescent dépressif* ; il faut le convaincre — c'est vital — de consulter un psychologue qui fera tout pour lui venir en aide.

A l'inverse, il y a des enfants qui mordent les autres. Ceux-là s'en prennent rarement à eux-mêmes. Ils réalisent par ces **passages à l'acte** des **fantasmes** archaïques. Le système « dent pour dent » ne doit jamais être cautionné par les adultes.

Gardons toujours présent à l'esprit qu'un enfant qui se mord et se fait du mal à lui-même désire, en fait, mordre ou blesser quelqu'un qui l'a puni ou frustré d'une manière quelconque.

L'**agressivité** se trouve retournée contre lui-même ; c'est par représailles qu'il s'inflige des mutilations. Il s'agit là d'un symptôme qu'il convient de prendre au sérieux.

Il est essentiel de l'empêcher de se faire mal, de lui permettre d'exprimer par des cris ou des mots sa fureur cachée. C'est ce que font les psychologues quand les parents ne savent pas trop comment s'y prendre.

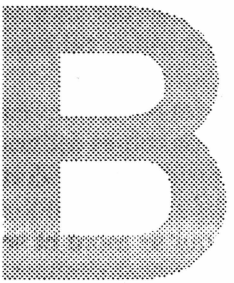
TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique pour les adolescents.

• Quant aux petits, il est essentiel de leur apprendre à frapper un objet, ou à taper sur votre main, voire sur un tambourin.

Je procède ainsi parfois en dispensaire avec des enfants perturbés. Cette technique est issue d'un principe de Gestalt-thérapie : éviter toute « rétroflexion » (acte de se faire mal à soi-même).

Je dis : « Ne te fais pas de mal à toi-même : frappe ma main ! » A la longue, cela se transforme en jeu et il est possible d'intervenir de façon plus interprétative.



BÉGAIEMENT

« I beg your pardon. »

Ce trouble de la parole n'affecte que 1 % des enfants, des garçons surtout, mais il est très gênant dans la perspective d'une vie professionnelle épanouie.

On rencontre généralement chez l'enfant deux sortes de bégaiement :

— *le bégaiement clonique :* répétition saccadée d'une syllabe, souvent celle qui commence la phrase prononcée. Symptôme agaçant car il fait sourire l'entourage ;

— *le bégaiement tonique :* c'est le blocage, aucun mot ne peut « sortir »...

La plupart du temps, les deux types de bégaiement coexistent et suscitent, en classe, bien des moqueries.

Avant 3 ans

Il est difficile de dire si un enfant sera bègue ou non car à cet âge la répétition d'une syllabe est banale.

A partir de 4 et 5 ans

Le bégaiement peut survenir sans qu'aucune anomalie physiologique ne soit liée à l'apparition du symptôme.

L'intensité du bégaiement dépend, c'est sûr, de l'état affectif de l'enfant, de la situation émotionnelle dans laquelle il se trouve et de la personne à laquelle il s'adresse.

En clair, le bégaiement exprime un trouble relationnel. Il peut aussi être la conséquence d'un choc émotionnel dont il faut trouver l'origine. Il n'implique absolument aucun retard de l'intelligence, cependant il s'accompagne souvent de tics*, de crispations du visage, de grimaces* diverses dont l'enfant a honte bien que cela s'impose à lui.

Malgré toutes les explications proposées, la plupart sont insuffisantes à rendre compte de la spécificité du bégaiement.

On a dit que les mères d'enfants bègues étaient anxieuses*, surprotectrices, ou, à l'inverse, rejetantes, voire indifférentes. On dit cela également des mères d'enfants autistes*, psychotiques* ou névro-

sés*... C'est valable pour tout et pour n'importe quoi.

Il est évident qu'une mère mal dans sa peau risque d'avoir un enfant qui aura des problèmes. Mais c'est aussi valable pour le père ou les grands-parents quand ils ont la garde de l'enfant.

Mieux vaut parler du traitement possible, à entreprendre dès que le bégaiement est reconnu chez un enfant : à 6 ans au plus tard. En effet, à l'adolescence, les résultats obtenus sont moins probants : le symptôme s'est installé.

TRAITEMENT :

- Psychodrame.
- Psychothérapie analytique et rééducation orthophonique.

Le psychologue met à jour l'**agressivité** massive ou le choc qui sous-tend le symptôme, ainsi que les souvenirs qui y sont associés.

L'abord psychologique n'est pas aisé car les parents ont parfois du mal à comprendre l'aspect relationnel du trouble. Ils préfèrent souvent l'orthophoniste, susceptible d'*apprendre* à leur enfant à « bien » parler. Le psychodrame[1] donne de bons résultats avec les enfants bègues, et avec les enfants qui présentent toutes sortes de troubles du langage.

BOULIMIE

Le désespoir des ogres.

Ce comportement, caractéristique des obèses comme des anorexiques*, se traduit par un désir impérieux de grignoter sans cesse, de se gaver (en mâchant à peine), c'est-à-dire de compenser un manque affectif.

Avant tout diagnostic, il faut s'assurer que l'enfant ne prend aucun médicament susceptible de provoquer une intense sensation de faim.

Curieusement, surtout dans les familles d'obèses, on laisse s'installer ce genre de comportement qui inquiète moins au départ que l'anorexie par exemple ; un « gros mangeur » satisfait plus que celui qui a un appétit d'oiseau...

1. Lorin (Claude), *Traité de psychodrame d'enfants* (Privat, Toulouse, 1989).
J'ai raconté dans ce livre le traitement d'une adolescente de 12 ans dont le langage était extrêmement précaire, puisqu'elle passa un an environ à aboyer en séances. Samia, l'enfant-chien, a maintenant 22 ans, parle comme vous et moi, travaille et est heureuse de sa vie.

La boulimie affecte plutôt certaines jeunes filles au moment de la puberté. Elle traduit un trouble affectif du **stade oral** de la relation mère-enfant et masque souvent un état d'abattement, de désespoir, de tristesse qui peut avoir maintes causes (stress familial, professionnel...). La goinfrerie peut, en effet, être une réaction liée à une mauvaise ambiance, familiale ou sociale.

On a observé qu'inconsciemment certains boulimiques devenus obèses tenaient à *prendre de la place et de l'importance dans le coeur de quelqu'un...*

Souvent, la boulimie précède, ou succède à, une crise d'anorexie. Ce trouble de la conduite alimentaire est assez grave, et il est impossible de donner, si j'ose dire, des « recettes » dans un livre comme celui-ci. Il faut consulter pour venir à bout des angoisses* dissimulées derrière cette recherche effrénée de nourriture, qui est souvent l'expression d'une angoisse d'abandon*.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique ; Gestalt-thérapie ; Analyse transactionnelle ; thérapie de déconditionnement, sous forme de contrats thérapeutiques.

BRUXOMANIE

Il fait grincer ses dents.

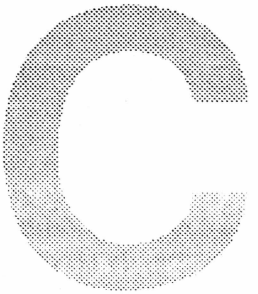
Terme scientifique désignant le grincement des dents, généralement passager, chez le nourrisson et l'enfant.

Ce n'est pas un symptôme grave — tous les enfants à un certain âge le font plus ou moins — mais un phénomène assez agaçant qui signifie quelque chose à l'entourage : il y a souvent un grincement *dedans...*

Ce tic bucal, fréquent chez les enfants anxieux*, persiste à l'âge adulte si le tic* devient une *mauvaise habitude* ou une « sale manie ».

TRAITEMENT :

• Psychothérapie d'inspiration analytique pour traiter l'anxiété, si le symptôme persiste.



CARACTÉRIEL

Un caractère de chien !

Quand on dit d'un enfant qu'il est « caractériel », cela ne signifie pas qu'il a du caractère, mais qu'il présente des troubles du comportement.

L'enfant caractériel souffre et importune son entourage :

— dans ses relations avec les autres, à l'école ou en famille, il est teigneux, têtu, impulsif et tyrannique ;

— dans ses relations avec lui-même, il a du mal à se concentrer, commence tout et ne finit rien, se montre maladroit, instable*, remuant, médiocre en classe, d'humeur inégale et imprévisible dans ses réactions.

L'enfant caractériel, souvent menteur, peut devenir psychopathe, c'est-à-dire délinquant, pervers et manipulateur*...

Le mot *caractériel* est péjoratif. Toutefois, il ne faut jamais perdre de vue qu'un enfant caractériel est souvent un être émotif ayant souffert de nombreuses carences*.

TRAITEMENT :

Les interventions au niveau social, éducatif, psychologique et pédagogique, doivent être conjointes pour venir à bout des troubles caractériels. Le problème le plus épineux est que souvent l'enfant dénigre la société, l'école, les « psy », les assistantes sociales et les éducateurs : il rechigne à consulter et refuse généralement l'aide qui lui est proposée. Il faut alors insister pour parvenir à le sortir de ce mauvais pas.

Il faut savoir également qu'on n'emploie pas le mot « caractériel » pour les petits enfants car, quand le caractère se forme, il peut passer par tous les excès sans que cela soit pathologique.

CARENCE AFFECTIVE

Je suis en manque... d'amour.

La carence affective chez l'enfant ne survient pas que dans les milieux défavorisés. Marie-François Bannier, dans *Balthazar, fils de famille,* l'a bien montré. La carence affective résulte d'un total désintérêt des parents, d'un manque de sollicitude, de protection, de sécurité, et de leur absence réelle.

Elle peut être provoquée également par des sautes d'humeur imprévisibles, allant de l'indifférence à la fureur non motivée chez des parents particulièrement instables*, versatiles, tourmentés. Tout ce qui insécurise le tout-petit est néfaste pour son équilibre affectif.

Cela étant, la notion de carence en soins élémentaires est toujours valable, notamment chez les jeunes mères délinquantes, névrosées*, et surtout toxicomanes*, plus préoccupées de rechercher la drogue dont elles ont besoin que par leur bébé qui vient de naître. J'ai vu une jeune toxicomane s'enfuir de la maternité pour aller chercher « sa dose », laissant son enfant pendant plusieurs semaines sans donner de nouvelles.

Généralement, quand les parents ont de sérieux problèmes, les enfants « trinquent ». Je précise que la jeune mère dont je viens de parler n'était pas inaffective, mais son « problème » l'obligeait à déserter la relation avec son bébé, qui fut lui aussi très perturbé.

Les conséquences des carences affectives sont nombreuses et diverses. Les plus importantes sont la dépression* et l'angoisse* (la séparation de plus de 4 mois d'avec la mère provoque chez un bébé des séquelles psychologiques souvent irréversibles. Voir **Hospitalisme**).

L'enfant peut refuser de s'alimenter et maigrir à vue d'oeil, pleurer sans cesse, ne plus parler à personne, se replier sur lui-même, devenir insomniaque* ou présenter des troubles somatiques* importants.

Replacé rapidement dans des conditions normales, satisfaisantes, l'enfant voit les effets de ses carences s'estomper. Il restera sans doute vulnérable aux séparations, aux privations qu'impose la vie, mais l'amélioration de son état est possible et rapide dès que la présence et l'amour sont de retour. A condition, évidemment, que la séparation ou l'absence de soins ne soit pas trop prolongée. Au cours de la seconde année, les carences sont souvent plus graves dans leurs effets, et moins facilement rattrapables.

L'amour et la présence d'une personne autre que la mère peut sauver l'enfant, ne fût-ce qu'en satisfaisant ses besoins vitaux les plus élémentaires.

L'abandon, le rejet, les mauvais traitements, les guerres, les catastrophes naturelles créent des carences diverses et d'importants traumatismes. Mais l'absence de considération peut également, à la longue, atteindre gravement le **narcissisme** du tout-petit : or, il est absolument nécessaire, sinon à la survie de l'enfant, du moins à son envie de vivre (voir angoisse d'abandon*).

TRAITEMENT :

• Placement spécialisé dans une famille d'accueil si les parents ne peuvent manifestement pas pallier les carences qu'ils ont provoquées.

• Psychothérapie associée à ce changement d'environnement, selon la gravité des effets de carences.

CAUCHEMARS

Leurs significations.

Chez les enfants de 2 à 7 ans, le cauchemar est fréquent et banal. Peu d'enfants n'en ont jamais eu. Il ne faut ni s'alarmer ni nier le problème. Les cauchemars, surtout ceux qui se répètent de semaine en semaine, angoissent* l'enfant et perturbent profondément son sommeil.

Les cauchemars n'ont absolument rien de prémonitoire, comme on l'a cru longtemps ; c'est une sorte de bal masqué où surgissent tigres, loups, sorcières, rats et monstres de toutes sortes, que l'enfant croit vraiment voir quand il rêve, raison pour laquelle la différence entre vision cauchemardesque et réalité est difficile à faire pour un petit.

Les images du cauchemar s'imposent à votre enfant qui vit les scènes comme s'il était vraiment en danger. Les personnages déformés, transformés, représentent en fait — et c'est ce qui choque la conscience — des choses qu'il désire, ressent ou pense, et que la morale intérieure réprouve.

Je vais citer deux exemples, pris en consultation :

1. Un garçon de 4 ans rêve qu'un tigre sauvage bondit sur lui. Terrifié, il raconte ceci pendant sa séance : « Le tigre est fort, terrible, il

peut faire plein de choses. Papa peut faire plein de choses lui aussi... mais le tigre a les yeux de Papy (son grand-père), des griffes terribles, et une grande queue. » Il s'avère, dans la suite des séances, que cet enfant aimerait devenir aussi fort que son père ou son grand-père, mais qu'il s'en veut d'oser désirer être aussi puissant qu'eux.
Conclusion : Le cauchemar le punit. Le mélange de désirs opposés trouble son sommeil pendant plusieurs nuits. En consultation il découvre, avec mon aide, la signification profonde du désir inconscient que son cauchemar met en scène. Le cauchemar cesse, les frayeurs disparaissent, et l'enfant retrouve un sommeil normal.

2. Une fillette de 7 ans rêve qu'une sorcière noire aux ongles et nez crochus sort d'une grotte pleine d'araignées. L'enfant recule, hurle... et s'éveille. Elle raconte, en séance : « La sorcière a le même manteau que ma maîtresse. Il y a deux jours, à l'école, elle m'a punie. Elle croit comme ma mère qu'elle a régné sur toute la terre, ma parole ! » Jeu de mots dont nous savons qu'il révèle — comme tout mot d'esprit — une signification inconsciente : a régné = araignée (on peut lire à ce propos le texte de Freud intitulé : *Le Mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*).
Peu de temps après, la fillette comprend qu'elle désire (et craint à la fois) se venger de sa maîtresse (ou de sa mère) qui la poursuit dans ses songes.

Que retenir de cela ? Que les enfants craignent d'exprimer certains désirs. Il est mal vu qu'une petite fille se montre agressive envers une institutrice, comme envers sa mère. Elle se console en rêve. Les cauchemars mettent en scène des Désirs et des Interdits. Plus l'interdit est puissant, plus l'angoisse est intense la nuit. Si vous souhaitez comprendre le sens d'un rêve, ne cherchez pas de « Clé des songes » : la vraie clé, c'est ce que dit votre enfant. Quelquefois, en effet, les parents craignent que leur comportement ne soit responsable des cauchemars d'un enfant, alors que ceux-ci ne reflètent pas seulement la réalité, mais aussi les **fantasmes** de l'enfant.

TRAITEMENT :

Quand un enfant cauchemarde, la première chose à faire est de s'assurer qu'il n'est pas malade.

• Ne confondez pas « cauchemar » avec « terreur nocturne ». L'enfant en proie aux terreurs nocturnes est pris d'une crise d'angoisse impressionnante : il crie, transpire, ne se réveille pas, ne se souvient

de rien au réveil. Dans un tel cas, consultez un médecin ou un psychologue.

• S'il ne s'agit que de cauchemar, calmez votre enfant, rassurez-le, donnez-lui son nounours afin qu'il s'apaise. Après avoir allumé la lumière, restez un moment près de lui, et laissez une veilleuse pour qu'il puisse se rendormir en toute quiétude. Songez aussi que les ombres des meubles ou des rideaux deviennent, quand il est inquiet, de véritables fantômes. Si votre enfant croit qu'il y a des tigres, des loups, des serpents ou un monstre rôdant dans sa chambre ou cachés dans son lit, constatez en sa présence qu'il n'y a aucun danger.

• Laissez-le raconter son cauchemar : d'en parler le soulagera, et les images se dissiperont.

Pour finir, souvenez-vous que le cauchemar traduit un compromis raté dans la mesure où, à l'encontre du rêve ou du **fantasme**, il ne supprime pas l'angoisse*. Les **conflits** font partie de la vie. Il est bon que les enfants, comme les adultes, s'en consolent en rêvant.

CÉPHALÉES

La migraine est un message.

Les migraines sont rares chez les petits. Si votre enfant n'est atteint d'aucune maladie infectieuse particulière, on peut penser que son « mal de crâne » est un symptôme d'appel, du style « Vous ne vous occupez pas assez de moi : aimez-moi !... Vous faites passer votre travail, ou vos loisirs, avant moi ! Moi, j'existe aussi ! »

La migraine est un message que le sujet s'adresse à lui-même : à vous de le déchiffrer. Céphalées et migraines sont des symptômes physiques traduisant — et c'est là le message — une demande, un désir ou un besoin, une anxiété* que l'enfant n'exprime pas, évidemment, par la parole. Cela peut être lié à un travail scolaire trop intense frisant le surmenage, ou même résulter d'une **identification** inconsciente à vous, ou à quelqu'un de votre entourage. J'ai entendu des mères dire, par exemple : « Il est comme moi, il a des migraines épouvantables. Que puis-je faire ? »

Aussi étrange que cela paraisse, un trouble peut servir indirectement et inconsciemment à quelque chose : un mal de tête atroce permet, par exemple, d'éviter une sortie (dont on n'a pas envie sans oser l'avouer), d'annuler un rendez-vous barbant, mais qu'il est délicat de refuser sans alibi.

Sachez que la recherche des ***bénéfices secondaires*** est essentielle au psychologue pour venir à bout du symptôme.

Enfin, les migraines peuvent servir en quelque sorte à ne plus penser, si l'enfant se trouve dans une situation de **conflit** massif, de mésentente, de divorce... Elles peuvent devenir un refuge pour ne plus penser à rien d'autre.

Si l'un des parents souffre aussi de céphalées, il lui faut consulter, afin que l'enfant cesse de s'approprier « par amour » ce trait caractéristique de la personne qu'il admire ou qu'il veut auprès de lui.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique ou Affirmation de soi, en vue de donner au sujet la permission de vivre sans se plaindre et sans geindre sans arrêt. Comme dit Woody Allen : « Il vaut mieux prendre ses responsabilités que de l'aspirine »...

COLIQUES idiopathiques du nourrisson

Un cri d'appel.

La colique « idiopathique » du nourrisson se manifeste vers l'âge de 2 ou 3 mois par des cris, des hurlements, alors que l'enfant ne souffre d'aucune maladie organique ou infectieuse. Les cris surviennent souvent après le repas, donc on a longtemps cru que l'enfant souffrait de troubles digestifs ou intestinaux. Il est vrai qu'une certaine surcharge gastrique peut être provoquée lorsque la mère, croyant que son enfant a encore faim, lui donne un second, voire un troisième biberon pour le calmer. Mais, en fait, l'aspect psychologique est indéniable puisque bébé se calme avec une sucette, son pouce, ou un câlin.

En fait, ce trouble se manifeste chez les bébés — en parfaite santé et même souvent plutôt toniques — qui déchargent des tensions internes importantes et expriment un appel. La morale de l'histoire est qu'un câlin et un moment de détente avec pouce ou tétine à l'appui (bien que je ne préconise pas tellement l'emploi de ces ersatz) sont préférables au remplissage de l'estomac, car les cris ne manifestent ni la faim ni les signes d'une réelle colique. D'ailleurs, de ce point de vue, ce terme scientifique, au demeurant très classique, est plutôt sinon « idiot » du moins mal choisi. Les cris cessent dès que la mère a compris cela.

TRAITEMENT :

Pas de panique !

• Baisers et câlins : votre enfant en a autant besoin que de nourriture pour être bien dans sa peau et se développer harmonieusement.

Cependant, si vous paniquez, voyez un médecin... pour vous.

CONSTIPATIONS psychogènes

Origines psychologiques.

Il s'agit, si j'ose dire, d'un trouble « bidon » car ce type de constipation n'a aucune cause organique précise. En revanche, l'apprentissage trop précoce de la propreté s'est révélé souvent draconien, les parents exigeant de l'enfant qu'il aille sur le pot dès le deuxième ou troisième mois (Eh oui, il y en a !). Leur rigueur, leur obsession de la propreté retentissent sur l'enfant. La constipation prend alors le sens d'une opposition inconsciente de l'enfant aux exigences parentales. Elle peut même, dans les cas extrêmes, conduire à l'occlusion intestinale ou au mégacôlon* fonctionnel.

Grâce à sa constipation, l'enfant se venge inconsciemment de son entourage, sa rétention inquiétant tout particulièrement sa famille : sa manière à lui de rendre coups pour coups à ceux qui l'ont trop tôt et sans cesse importuné parce qu'il était sale. Une façon de dire « Arrêtez de vouloir me faire ch...! »

Pour arrêter cela, le mieux est de ne pas s'obnubiler par la défécation de votre enfant à heure fixe. L'apprentissage précoce de la propreté rend les enfants exagérément préoccupés par leur fonction intestinale. La constipation n'est d'ailleurs qu'une des mesures de rétorsion possibles se trouvant à la disposition de l'enfant : une manière de dire « Ah ! ceux-là, je les retiens ! »

TRAITEMENT :

• Psychothérapies les plus « courantes » pour les constipations graves et fréquentes.

COPROLALIE

Parler comme un charretier !

Bien que la plupart des gens qui nous ont écrit ignorent ce qu'est la coprolalie, beaucoup nous ont demandé pourquoi les enfants, à un certain âge, prennent plaisir à se montrer très grossiers. Voici quelques explications.

Coprolalie signifie : manie de dire sans cesse des « gros mots ». Souvent, les enfants répètent ce qu'ils entendent dans la rue, à l'école, parfois en famille : des grossièretés dont ils ne connaissent pas toujours le sens d'ailleurs. Les gros mots scatologiques ainsi que les jurons font rire les enfants qui éprouvent une joie à répéter des expressions plus ou moins argotiques, sachant qu'elles sont interdites. Vers 4-5 ans, c'est classique.

Même si nous l'avons oublié, nous sommes tous passés par cette phase, pénible par son insistance provocatrice et sa monotonie. Les enfants veulent généralement taquiner les adultes, les faire rire ou attirer leur attention.

L'origine pulsionnelle des jurons

La coprolalie est agaçante à la longue. L'origine profonde des expressions argotiques, et plus généralement la « langue verte », est une **pulsion agressive** normale liée à ce que nous nommons phase anale (voir **stade anal**), dans le développement affectif de votre enfant.

Le mot de Cambronne, et tout ce qui a trait à la saleté, aux excréments, à la sexualité des orifices (pipi, caca, crotte, bouse de vache...) expriment verbalement l'agressivité **urétro-*anale*** (voir **stade**). Ce caractère « anal » se fixe chez l'adolescent dont le langage ne parvient pas à évoluer vers les stades normaux de la politesse et de la bonne éducation qu'exige la vie sociale.

La « bonne éducation » : que faire pour la transmettre ?

Elle est un savant mélange de l'éducation que nous avons reçue, de celle que nous possédons actuellement et de celle que nous aurions aimé avoir. La politesse est à la croisée de l'art de bien parler, de la science (s'exprimer clairement) et de l'éthique (s'exprimer correctement).

Face à une profusion de mots orduriers, ne pas faire celui qui n'a pas entendu, sauf s'il s'agit d'une provocation évidente uniquement destinée à vous faire réagir. Il faut au contraire *reprendre* le langage de l'apprenti charretier et ne jamais considérer les mots insultants ou choquants comme prêtant à sourire. Cela suppose que nous fassions, nous-mêmes adultes, attention à notre propre langage, que nous nous reprenions si un « gros mot » nous échappe... Sinon, comment serons-nous crédibles pour faire la leçon aux petits, si nous parlons comme des charretiers ? Pourquoi ne pas dire : « Le mot m'a échappé, je suis navré. On ne dit pas cela, il vaut mieux dire « zut » ! »

En famille, politesse et respect doivent être le lot de chacun. Ne soyons pas trop indulgent envers nous-mêmes sur ce point. Convenons avec nos enfants des mots qui ne font honte à personne ; évidemment, « fichtre » ou « saperlipopette » sont démodés... Mais le capitaine Haddock possède un stock d'interjections originales (»Bachibouzouk ! Iconoclaste ! Flibustier ! ») qui font rire les enfants et les grands. *Les aventures de Tintin* véhiculent un *savoir-dire* pour les choses qui ne se disent pas.

Parler correctement, se tenir bien à table, sont des attitudes qui résultent d'un long apprentissage. Il ne faut pas se montrer complaisant à l'égard des mots obscènes dont il devient ensuite difficile de se départir.

Sans verser dans la parodie du « mouche ton nez et dis bonjour à la dame », « fais pas ci, fais pas ça », jadis dénoncé par Jacques Dutronc, nous pouvons tous nous astreindre à n'avoir pas un langage trop relâché.

Erreurs à éviter

Deux erreurs sont à éviter : la première est la sévérité conformiste et draconienne qui s'exprime par des interventions auxquelles l'enfant n'adhère pas. D'aucuns deviennent trop polis mais « coincés », sans humour, sans spontanéité, sans naturel. Le dressage prétendument B.C.B.G. conduit à une rigidité maniaque, à une intolérance que camouflent des salamalecs obséquieux.

La seconde attitude : la désinvolture, l'insouciance, conduit à tout laisser dire. La grossièreté se mêle vite à l'impolitesse (ni « bonjour » ni « au revoir », ni « s'il te plaît » ni « merci »).

L'enfant livré à lui-même, dans son langage comme dans ses attitudes, sera inquiet, socialement handicapé, rejeté par les autres qui le traiteront de « grossier personnage ».

DÉPRESSIONS

Causes et traitements.

La dépression de l'enfant est un phénomène assez rare, sauf chez ceux qui ont souffert de carences* affectives graves.

La dépression dite du *second trimestre,* chez le nourrisson, correspond, dans l'œuvre de Mélanie Klein, à l'extension d'un vocabulaire concernant les adultes abusivement plaqué sur la réalité mentale des bébés normaux[1].

On peut, en revanche, parler d'inquiétude, de tristesse et d'angoisse* quand votre tout-petit prend conscience d'une brutale séparation d'avec vous. Tout enfant est triste, déçu, inquiet quand il constate le départ de sa mère, et a fortiori quand il se trouve dans une situation d'abandon total ou de mauvais traitements. On peut, dans de tels cas extrêmes, parler d'attitude dépressive, car l'enfant impuissant, vulnérable, souffre vraiment et ne sait plus sur qui compter ni par qui être protégé.

Avant 2 ans

L'enfant résigné, apathique, peut éprouver, c'est sûr, un sentiment de détresse lié souvent à la séparation d'avec sa mère, ou à un climat familial perturbé.

On parle de *dépression anaclitique* chez le tout-petit délaissé, battu par des parents qui ne manifestent à son égard aucune chaleur, aucun attachement. Il est triste, ne crie pas, ne joue pas, souffre de carence* affective et de soins. Des troubles du sommeil et de l'alimentation peuvent survenir en même temps que toutes sortes de troubles psychosomatiques (eczéma*, diarrhées, asthme*, etc...).

Entre 2 et 12 ans

Les dépressions sont rares je le répète, si l'enfant n'a subi ni carences ni mauvais traitements. Il a plutôt tendance à se révolter, à dire ce qu'il pense. Toutefois, derrière certaines fureurs, certains accès de colère inopinés, un peu caractériels*, peuvent se dissimuler des éléments dépressifs importants :

— les troubles de l'humeur, l'instabilité*, la rancoeur peuvent parfaitement être une façon de lutter contre la tristesse et la déception.

1. Cette opinion est discutée parmi les spécialistes.

A l'adolescence

Les moments de « déprime » sont fréquents mais passagers. Les réflexions sur le sens de la vie et les considérations philosophiques viennent au premier plan. Elles ne constituent heureusement pas les présages d'une dépression à l'âge adulte. Toutefois, l'existence d'antécédents dépressifs chez le père ou la mère est importante, à cause des **identifications** de l'adolescent à ses parents.

La dépression, à l'adolescence, est un mélange complexe d'insatisfaction, de culpabilité, causées par l'absence totale d'idéaux (moraux, sociaux, politiques, religieux, artistiques), l'absence d'ambition personnelle, d'amis sur qui compter et de dialogue parents-enfant. L'hostilité retournée contre soi se transforme en dépression ou bien en fausse indifférence affichée.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique, Affirmation de Soi, Entraînement à la communication sociale. Thérapie familiale.

• D'autres formes de psychothérapie peuvent être requises, les « bons conseils », du style *Il faut garder le moral* ou *Il n'y a pas de quoi s'inquiéter,* se révélant absolument inefficaces.

DROGUES

Ce qu'ils recherchent en elles.

Le sujet étant dramatique, soyons précis : une drogue est une substance naturelle ou artificielle, utilisée dans un but non médical.

Dans de nombreuses cultures et depuis fort longtemps, des drogues sont utilisées pour provoquer des états d'ivresse, de transe, de béatitude, des « voyages hors du temps » et, comme disait Beaudelaire, des *Paradis artificiels* (le cannabis). D'autres stimulent, dit-on, et diminuent la fatigue (feuilles de coca et feuilles du « khat »). Certaines diminuent la douleur physique (les opiacés notamment).

Il faut distinguer :

— *les Euphorica* (héroïne, cocaïne, morphine) qui procurent aux drogués des sensations d'euphorie et d'extase analogues à celles qu'éprouve un nouveau-né repu.

Ces substances sont donc recherchées parce qu'elles soustraient

momentanément le toxicomane aux difficultés d'un monde qu'il se croit incapable d'affronter;

— *les Fantastica* (L.S.D., mescaline, chanvre indien) procurent un fugace « voyage intérieur » aux jeunes drogués qui s'évadent dans l'irréel des hallucinations, oubliant ainsi ce qui les rend malheureux;

— *les Inebrianta* (vins, alcools, éther, chloroforme, haschich, trichloréthylène...) sont des produits enivrants qui permettent au drogué de se montrer autre qu'il n'est habituellement : un timide, mal dans sa peau, cherche à s'extérioriser grâce aux effets de l'alcool; un dépressif se sent passagèrement en forme, et vaguement « autre », ne fût-ce qu'un court moment.

En France, le grand public ne considère pas le vin, l'alcool et le tabac comme de véritables drogues : les intérêts économiques des industriels de l'apéritif et des débits de boissons sont en totale contradiction avec notre morale. Le sketch de Coluche intitulé *Gérard* a souligné avec un humour caustique cette contradiction flagrante;

— *les Excitantia* (amphétamines) ont des effets analogues aux substances précédentes, mais plus forts, et suppriment la fatigue de façon artificielle et momentanée ;

— *les Hypnotica* (barbituriques et hypnotiques divers) créent une sorte d'hébétude où la réalité quotidienne est subitement vécue comme un Eden fabuleux. Affres et soucis semblent s'évanouir magiquement.

Un patient me dit un jour : « Quand je prends ma dose, je n'ai plus de problème. Mais cela ne dure pas longtemps et je me retrouve de nouveau face à la réalité... C'est dur ! »

Beaucoup de toxicomanes recherchent donc dans la drogue un moyen d'échapper aux conflits familiaux ou sociaux. Reste à savoir pourquoi ils ne parviennent pas à affronter la vie.

En faisant l'éloge des *Paradis artificiels,* Baudelaire, Michaux, Gautier et d'autres n'ont pas arrangé les choses.

Pour prévenir les jeunes des effets pernicieux des drogues (accoutumance, dépendance), il faut toutefois les comprendre et pas seulement les punir.

Les conséquences

Elles dépendent des substances utilisées. Apparaissent au premier plan :

1. *l'escalade,* c'est-à-dire le passage des drogues « légères » aux drogues « dures ». L'escalade, qui n'est pas systématique heureuse-

ment, peut être lente, ou au contraire d'une rapidité vertigineuse, selon les problèmes psychologiques auxquels l'adolescent est en proie;

2. *le panachage,* c'est-à-dire l'association et la consommation, successivement ou simultanément, de plusieurs drogues;

3. *la dépendance physiologique* et psychologique entraînée par l'usage de la substance;

4. *la détérioration mentale :* confusion, hallucinations*, désordres émotionnels, dégradation physique, déchéance socio-professionnelle, le tout aboutissant généralement à un état de « clochardisation » avancé;

5. *la surdose* (Overdose), entraînant la mort quand les drogues dures sont administrées par voie intraveineuse notamment.

Certaines « drogues légères » peuvent néanmoins ne pas avoir de conséquences graves : certains étudiants en cours d'examen absorbent des tranquillisants, des produits stimulants, décontractants, leur permettant d'accroître momentanément leur capacité de travail.

Cette médication* est un appoint auquel il est toujours regrettable d'avoir recours, car les *effets* produits dépendent aussi du caractère de l'adolescent. Certains deviennent anormalement irritables, excités, ou éprouvent des difficultés à se passer de leur substance dopante.

La prévention

La meilleure prévention est la compréhension et le dialogue. Les parents ont parfois tendance à observer le phénomène de l'extérieur. Or, il existe des terrains familiaux favorisant l'appétence des jeunes pour les drogues : l'intoxication familiale, la prise de drogues diverses par les parents eux-mêmes (tranquillisants, somnifères, anxiolytiques, alcool, tabac, psychotropes...), suscitent le recours aux mêmes produits ou à d'autres plus à la mode (voir *Toxicomanie familiale**).

Ce sont les adultes qui fournissent les modèles sociaux-culturels de prise régulière d'une substance, ne l'oublions pas.

Dans les films de séries B américaines, les personnages absorbent presque toujours un verre de whisky quand les choses vont mal... N'est-ce pas une manière d'apprendre aux jeunes ce qu'il ne faut pas faire, justement ?

Dans d'autres cultures, les adultes initient les jeunes à l'usage des drogues, en utilisant chiloms et narguilé pour fumer *l'opium,* la *marihuana,* le *kif* (Maroc), la *maconha* (Brésil), le *dagga* (Afrique), le *bhang* (en Inde), etc...

Dans tous les grands pays producteurs et consommateurs de vin, l'intoxication à l'alcool a lieu dès la petite enfance. Et les adolescents

imitent leurs parents. Les plus vulnérables et influençables s'installent ensuite sous la dépendance d'une substance, alors que c'est d'une famille saine qu'ils auraient besoin. Certains recherchent les plaisirs archaïques du nourrisson (plaisir **oral** (voir **stade oral**) de la bouteille, de la canette, équivalant au biberon...); les angoissés*, les dépressifs* ont un comportement *parasuicidaire*; d'autres sont à la recherche de sensations nouvelles : leur curiosité les rend vulnérables à d'éventuelles propositions venant d'amis. Pour d'autres, enfin, il ne s'agit que de faire comme les autres : ils essaient, par conformisme, ou pour se vanter.

Quand un enfant a reçu de ses parents le goût de vivre et une certaine hygiène de vie, il est rare qu'il se drogue, mais les phénomènes de mode et les fréquentations ne doivent pas, évidemment, être sous-estimés.

Selon le rapport Shaffer (1973), 40 % des Américains âgés de 18 à 21 ans ont touché à la drogue au moins une fois, « parce que ça se fait » et que certains pensent qu' « on a l'air andouille quand on refuse... »

TRAITEMENT :

Un toxicomane doit être pris en charge par une équipe médico-psychologique spécialisée. Le généraliste de quartier ne peut pas faire grand-chose seul.

L'assistance doit être fondée sur la participation active du drogué à son traitement, non sur la coercition.

L'aide d'anciens drogués bénévoles est précieuse au toxicomane suivi dans un centre ou une communauté.

La diminution progressive du produit, accompagnée de substances substitutives, et surtout une prise en charge psychologique intense permettent la désintoxication.

• Il existe des centres d'accueil (voir liste d'adresses au chapitre II « où et à qui s'adresser ? ») où le drogué peut trouver pension et aborder ses problèmes personnels, familiaux ou médicaux-légaux.

Toute thérapie suffisamment chaleureuse peut conduire à la disparition des états de dépendance et de « besoin ».

• Certaines substances ont un effet contraire à celui des drogues ; certains antagonistes des amphétamines ou de la morphine bloquent l'effet toxique et l'accoutumance : la Cyclazosin, le Naxolon, l'Alpha-Méthyltyrosine, entre autres.

Un psychologue ne doit ni condamner les toxicomanes, ni se sen-

tir complice de leur démarche, s'il veut que la désintoxication soit possible.

Il appartient aux Pouvoirs publics de traquer avec ténacité les trafiquants.

DYSCALCULIE

Elle compte n'importe comment.

Nombreux sont les parents qui, à la suite de nos émissions sur ce sujet, nous ont écrit pour en savoir plus.

La dyscalculie, c'est l'échec dans l'apprentissage des tout premiers éléments du calcul, donc un blocage plus grave que le simple fait de se tromper dans un problème de trains qui se croisent ou de baignoire qui fuit...

Entre 3 et 7 ans

Certains signes doivent vous alerter :

1. une gêne persistante, alors que votre enfant est en âge de compter sur ses doigts et que malgré ses efforts et sa bonne volonté il n'y parvient pas.

L'incoordination des doigts, liée au manque de représentation mentale des chiffres, s'appelle l'*agnosie digitale ;*

2. un mauvais graphisme des chiffres peut venir s'associer à cela. On parle alors de *dysgraphie ;*
3. des troubles de l'organisation dans l'espace, ainsi que des troubles du **schéma corporel** (l'image mentale parfois fantaisiste que l'enfant se fait de son propre corps) complètent le tableau.

La dyscalculie manifeste, vous vous en doutez, un retard intellectuel entraînant des difficultés sérieuses dans la représentation des chiffres, des nombres et des symboles.

C'est donc *un trouble psychologique* à part entière, au même titre que la dysorthographie*, qui doit être traité par des séances de psychomotricité et de psychothérapie.

Chez l'enfant de 8 ans et plus

Cela peut s'exprimer par un blocage total sur un type d'opérations précises, sans que le quotient intellectuel soit affecté (soustraction, addition, division ou multiplication).

J'ai eu en psychothérapie un garçon de 13 ans, scrupuleux et travailleur, qui pourtant échouait à faire les soustractions. Un jour, je lui demandai : « La soustraction, ça te fait penser à quoi ? » - « Quand on soustrait, fit-il du tac au tac, on enlève ; je n'aime pas ça ! »

Sans épiloguer sur le fameux **complexe de castration** tel qu'il se manifeste chez le garçon, je compris néanmoins que la peur qu'il avait de son père se trouvait en quelque sorte « **déplacée** » sur cette opération mentale précise : la *soustraction...* Cette explication provenait de l'enfant lui-même qui m'y avait fait songer par un geste suggestif : il mit la main sur son sexe.

N'allez pas généraliser ce genre d'**interprétation,** valable dans ce seul contexte. Une explication juste pour un enfant ne l'est pas nécessairement pour un autre. Deux séances après mon interprétation, le « blocage » disparut. Tout cela, évidemment, ne relève pas de la magie.

Le **symbolisme** des chiffres est porteur de significations inconscientes. Il est donc possible de mettre l'accent sur l'aspect affectif et irrationnel des rapports qu'entretient un enfant avec les principales opérations mathématiques.[1]

Signification symbolique de quelques blocages en calcul

1. *La soustraction :* c'est, je viens de le préciser, l'opération qui se rapporte à l'acte d'ôter, de *retrancher,* et cette représentation peut avoir une signification inconsciente d'arrachement ou d'*enlèvement* (voir **complexe de castration**).
2. *La multiplication* est l'opération qui se rapporte à l'acte de reproduire, de s'accroître, de proliférer, et symboliquement concerne inconsciemment la *reproduction,* la prolifération, la procréation.
3. *L'addition,* se rapporte à l'ajout, à l'accumulation, au surplus, et la résonnance affective peut se trouver liée (je l'ai déjà observé) à l'arrivée d'une personne « en plus » dans la famille. Une rivalité non-dite (frère aîné et naissance d'un cadet) peut donner inconsciemment la raison d'un empêchement à additionner.
4. *La division* enfin est l'opération qui, sur le plan affectif, se rapporte au partage, à la séparation, voire à la « division » d'une famille unie.

Toute opération de calcul est subordonnée à l'intérêt et à la curiosité que l'enfant lui porte.

---

1. Pour en savoir plus, lire: "Considérations psychologiques sur la théorie mathématique des ensembles", par le psychanalyste Hermann, dans *Parallélismes* (Denoël, Paris, 1980. Traduit de l'allemand par Claude Lorin)

Certaines angoisses* inconscientes peuvent freiner ou bloquer le développement intellectuel et entraver les acquisitions de l'enfant par inhibition.

Inutile, dès lors, de dépenser une fortune en cours particuliers de rattrapage pédagogique avec un répétiteur, si l'enjeu est affectif.

TRAITEMENT :

• Pour les *dyscalculies précoces :* Psychomotricité et psychanalyse conjointe.

En effet, avant l'âge de 6 ans, le traitement est centré sur la résolution du problème se rapportant à l'image du corps, surtout si l'enfant n'arrive pas à compter sur ses doigts, et à l'organisation d'un **schéma corporel** correct.

• Chez l'enfant de *plus de 8 ans :* Psychothérapie psychanalytique.

Ne croyez pas qu'il s'agisse de fainéantise, qu'il ne se donne pas de peine, qu'il est ignare ou « j'm'en foutiste ». Un enfant nul en calcul peut échouer malgré sa perspicacité. S'il est « dans la lune », préoccupé, il a forcément du mal à se concentrer. J'ai vu des enfants fuir une réalité qui leur faisait peur (divorce des parents), craindre la division (la séparation). L'équation de l'enfant dyscalculique est « zéro plus zéro, égale la tête à Toto »... Reste à savoir qui est Toto.

DYSLEXIE

Il confond les mots.

Quand un enfant lit mal et confond les « mots », on dit qu'il est *dyslexique*. Ce trouble du langage en entraîne parfois un autre, la dysorthographie*.

Dépistage

Dyslexie signifie donc : difficulté à lire des mots simples. Ce trouble atteint entre 5 % et 15 % des enfants en bas âge, de façon passagère, sans qu'aucune déficience intellectuelle soit en cause. Souvent, c'est à l'école que la dyslexie est dépistée. Notons que l'on ne peut parler de dyslexie avant 7-8 ans, car les erreurs banales sont fré-

quentes avant cet âge.

Pour détecter la dyslexie, on fait passer à votre enfant un test de leximétrie nommé *Test de l'Alouette,* grâce auquel on établit un « coefficient lexique », ainsi calculé :

$$\text{Coefficient lexique} = \frac{\text{âge lexique}}{\text{âge réel}}$$

Faites attention si votre enfant lit :

1. en confondant souvent les mots (on dit aussi « phonèmes ») dont la correspondance phonétique est proche (un « sien » au lieu de un « chien ») ; si les sons S et CH sont confondus ; la confusion existe aussi entre les sons A et AN, ou bien U et OU...
2. s'il mélange complètement les mots dont la forme apparente est proche (votre virtuose dit qu'il joue du « biano » au lieu de « piano »...) ;
3. s'il inverse les sons, par exemple CRI et CIR : il dit CRIRQUE au lieu de CIRQUE ;
4. s'il omet de prononcer un son, en oubliant de lire une lettre : ARBE au lieu de ARBRE ;
5. s'il fait des additions de lettres (ARRBRE), des substitutions diverses plus ou moins complexes qui peuvent, pour finir, entraver le découpage et le rythme de la phrase lue.

Causes de la dyslexie

Eliminons les lésions neuro-anatomiques, car rien n'est prouvé sur ce point. Certains auteurs évoquent toutefois les troubles de la vue, notamment une mauvaise latéralisation visuelle. On pratiquera un examen ophtalmologique par sécurité.

L'environnement est souvent incriminé ; on a prétendu que c'était une maladie due à l'école, c'est-à-dire provoquée par des pédagogies mélangées et inadaptées à l'enfant.

Certes, l'incoordination des méthodes d'apprentissage de la lecture n'arrange rien, mais il est inexact de dire que l'école est la cause d'un trouble de ce genre.

Les causes affectives sont de loin les plus importantes. Votre enfant peut être la proie d'un refus de lire ; il s'agit dans ce cas d'un blocage psychologique, d'une **régression,** d'un désintérêt, ou même d'une opposition à toute acquisition scolaire pour des raisons qu'il reste à trouver.

TRAITEMENT :

• Psychodrame, psychothérapie analytique, soutien scolaire, orthophonie.

Si la cause est d'ordre affectif ou relationnel, une psychothérapie met fin à la dyslexie. A condition toutefois que le trouble n'entraîne pas un énorme retard de langage.

Souvent, les dyslexiques souffrent également de troubles du comportement. Ils sont d'humeur maussade, impulsifs, ou parlent peu. Il faut prendre en compte cette faible capacité d'expression verbale quand on propose une thérapie.

Le psychodrame est une excellente thérapie dans la mesure où le côté *théâtre* déjoue l'opposition à toute acquisition scolaire que peut recouvrir ce symptôme.

Les deux méthodes les plus connues en orthophonie sont :

1. *La méthode Borel-Maisonny,* qui est fondée sur une lecture phonétique accompagnée de gestes provoquant l'association des sons avec les signes écrits. Exemple : le son *B* est associé au signe de la main) mimant le *bidon* d'un homme ventripotent ou celui d'une femme enceinte ; Le son *D* est lié au geste (fait derrière le *dos,* etc... Cette méthode amusante aide beaucoup les enfants.
2. *La méthode Chassagny :* on utilise des séries de mots s'enchaînant soit par leur forme soit par leur sens : l'enfant doit se corriger lui-même. S'il dit *ratrot,* il devra dire d'abord : bateau, château, puis *rateau.*

La rééducation orthophonique aboutit en un an ou deux à la diminution notable du trouble, souvent à sa disparition complète.

DYSPAREUNIE

Faire l'amour lui fait mal.

On n'ose toujours pas trop, en famille, aborder certaines questions relatives à la sexualité et à ses troubles.

La dyspareunie est une douleur qui se manifeste lors des rapports sexuels que peut avoir une jeune fille.

Les centres de Planning familial signalent que depuis une vingtaine d'années les filles demandent une contraception de plus en plus précoce. La précocité n'engendre pas la dyspareunie, mais la maturité psychologique d'une fille de 13 ans ne coïncide pas toujours avec son développement physique.

D'après les témoignages, la douleur éprouvée lors des rapports sexuels varie en intensité et en durée suivant les circonstances et le partenaire...

Il est difficile de dire s'il s'agit d'un trouble rare ou non chez les jeunes filles, car avant l'âge de 18-20 ans elles parlent peu de ce sujet-là, même entre elles.

TRAITEMENT :

Le trouble se traite comme d'autres difficultés se rapportant au refus inconscient des rapports sexuels, aux interdits, à la culpabilité ou à la culpabilisation du partenaire (frigidité, anorgasmie*...), par des entretiens suivis avec un psychothérapeute, de préférence spécialisé en sexologie clinique.

DYSORTHOGRAPHIE

Elle écrit sans comprendre.

Prononcez « dizortografi », et sachez que ce mot barbare n'a rien à voir avec les fautes d'orthographe, de grammaire, de syntaxe, de plus en plus courantes.

Les erreurs syntaxiques sont grossières : l'enfant écrit *le sont* au lieu de *leçon,* par exemple... A cela se mêlent des confusions de genre, de nombre, des inversions, des omissions et surtout des difficultés à retranscrire les sons « homophones » (exemple : eau, haut et oh ! ou mère, mer, maire, etc...).

Les fautes, lors de l'apprentissage de l'écriture, sont les mêmes que celles observées en lecture.

La dysorthographie comme la dyslexie* n'est souvent qu'un trouble transitoire. Il est toutefois indispensable de le dépister au plus tôt, en raison des conséquences scolaires dramatiques qui en découlent.

TRAITEMENT :

• Orthophonie.

DYSPRAXIE

Craintes et tremblements.

La dyspraxie est le nom savant qui désigne toutes les atteintes du développement physique (gestes mal coordonnés, maladresses importantes, tremblements, troubles de la marche) liées à un trouble de l'image du corps (voir **schéma corporel**). L'atteinte des fonctions de telle ou telle partie du corps est souvent due à des troubles affectifs et relationnels graves (voir psychose*).

Certaines bizarreries dans les gestes, de nature dyspraxique, ne manifestent dans ce cas aucune atteinte organique du système nerveux. D'autres, au contraire, ont des causes organiques évidentes (séquelles de trauma crânien, d'encéphalite, de troubles endocriniens ou métaboliques, etc...)

Face à une démarche incongrue ou un geste étrange, nous cherchons à savoir en consultation :

— si l'enfant n'a pas été victime de souffrances néo-natales, de traumatisme, d'encéphalite...

— s'il n'y a pas d'antécédents familiaux (enquête sur la fratrie, les parents, les grands-parents, les cousins, etc.) ;

— à quel moment les troubles de la marche, de la préhension, sont apparus pour la première fois.

TRAITEMENT :

• Avant tout, les examens neurologiques, radiologiques, cliniques et médicaux complets (E.E.G., scanner...) sont nécessaires.

• Une prise en charge psychomotrice et rééducative sera complétée par un soutien psychologique nécessaire à la revalorisation de l'image de soi, forcément atteinte si le trouble est important.

ÉCHOLALIE

Le syndrome du perroquet.

Dès l'âge de 5-6 mois, parfois avant, un véritable dialogue s'instaure entre votre enfant et vous. Il répond en miroir aux petits mots que vous lui murmurez, adopte les intonations, la mélopée amoureuse et tendre du père qui s'extasie face aux premiers babils. Votre bébé reproduit certains sons, onomatopées et mots, en même temps que les adultes s'adaptent en s'exprimant pas des mots simples qu'il va énoncer à son tour, petit à petit.

Cette période d'*écholalie* est normale et essentielle pour que l'enfant accède ultérieurement au langage construit. Les premiers mots surviennent presque toujours en situation d'écholalie, et votre enfant confère du sens à ce qu'il dit. Il commence par désigner ceux qui s'occupent de lui : maman et papa, puis viennent des mots ponctuant des situations précises comme la séparation (« ava » pour au revoir) ou la répétition « oko » pour encore).

L'écholalie n'est pas parfaite ; il faut attendre un an pour qu'un bébé possède une dizaine de mots, deux ans pour qu'il en utilise 200 environ, et les mots-phrases, du style « papa-parti », sont acquis entre 15 et 20 mois.

Rien d'anormal jusqu'alors. Là où le phénomène devient pathologique, c'est lorsque, vers 3-4 ans, l'enfant ne possède pas de langage élaboré : l'écholalie est alors le signe d'un trouble dans le développement, et pas un jeu. (Vers 6-8 ans, les enfants, entre eux, s'amusent à faire le perroquet. Il s'agit d'un jeu écholalique, non d'une maladie). La répétition en écho de ce que disent les parents cesse normalement avant cet âge pour laisser place à une organisation linguistique comprenant des mots-phrases et des phrases complètes, exprimant une idée différente de celle des parents.

La négation, l'interrogation, l'affirmation témoignent du fait que l'enfant ne s'exprime plus avec un langage en miroir. L'apparition du « **non** » et l'usage d'énoncés différents de ceux des parents marquent la fin de l'écholalie enfantine normale et l'accès à une différenciation entre le Moi de l'enfant et l'autre personne.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique, ou thérapie familiale psychanalytique

Chez les enfants de 4-5 ans que je reçois en consultation, l'écholalie est toujours l'une des manifestations d'un désordre relationnel grave. J'ai suivi une petite fille de 5 ans qui répétait toujours exactement ce que je lui disais : « Bonjour Estelle... » Elle répondait « Bonjour Estelle », puis se taisait pendant toute la séance. Il fallut quatre ans de travail intensif en psychothérapie pour qu'elle finisse par acquérir un langage normal et manifeste une réelle joie de vivre.

L'écholalie est, à ce stade, un trouble auquel il faut remédier au plus vite : on en vient à bout quand les parents consultent à temps.

ECZÉMA

J'aurai ta peau !

L'eczéma des nourrissons (en particulier l'eczéma atopique du troisième mois) apparaît à la suite d'une situation de séparation mal vécue par l'enfant.

Nul ne songe à nier qu'il existe évidemment un terrain constitutionnel, une prédisposition génétique à manifester de manière cutanée l'angoisse* suscitée par une rupture, ou l'appréhension du départ de la mère. Mais il est clair que les enfants présentant des eczémas à répétition expriment de façon psycho-somatique* leur anxiété* ou leur **agressivité** qui est le reflet de l'agressivité ou des angoisses parentales.

Les moments où la mère passe une pommade calmante sur les rougeurs de l'enfant (les joues, le cou, le dos, les cuisses) sont importants dans leur contact : l'eczéma vient parfois pallier une angoisse d'abandon*.

TRAITEMENT :

Consultez d'abord votre généraliste ou un dermatologue.

Si l'eczéma d'origine psychogène récidive et persévère : thérapie mère-enfant.

Mais avant d'en arriver là, la réassurance, les mots doux et le dialogue sont essentiels. Rassurez votre enfant sur votre retour, si vous devez vous absenter. Nous avons remarqué que l'application de la pommade sert inconsciemment à empêcher la mère de partir, à retarder son départ ou à la rendre coupable de son absence. Il en va de

même d'autres manifestations dermatologiques comme la pelade, liée aussi à la peur de perdre la personne aimée. La pelade, comme l'eczéma, a été observée très fréquemment chez des enfants en proie à des angoisses d'abandon* et à une **agressivité refoulée.**

ENCOPRÉSIE

Il fait encore dans sa culotte.

L'encoprésie est le nom scientifique de la défécation involontaire, le plus souvent le jour, chez l'enfant de plus de 3 ans. Cette incontinence sphinctérienne est la manifestation d'un trouble psychologique quand aucune malformation ano-rectale ou atteinte du système nerveux n'a été décelée. Certains auteurs ont même observé qu'il existait, en état de stress, une défécation involontaire des écoliers, pouvant apparaître vers 7-8 ans, en dehors de toute difficulté digestive ou intestinale.

L'encoprésie primaire est due à un trouble organique que les examens médicaux confirment (maladie de Hirschsprung...) : consulter un médecin pour examen du côlon.

L'encoprésie secondaire, d'origine émotionnelle, apparaît alors que l'enfant a déjà été propre et disparaît généralement avant la puberté si un traitement psychothérapique a été suivi.

Toutes sortes d'événements déclenchants peuvent susciter une telle **régression :**

1. l'éducation précoce prenant l'allure d'un dressage sphinctérien sévère. L'enfant réagit à l'apprentissage draconien des parents obsessionnels par une encoprésie réactionnelle où le plaisir de se souiller domine, plaisir inconscient bien sûr ;
2. un conflit conjugal massif provoquant des perturbations graves. J'ai suivi le cas d'un garçon de 10 ans qui était encoprétique chez son père, propre chez sa mère. Les parents, dont le divorce se passait mal, avaient adopté un système de garde alternée ;
3. une adaptation brusque, non préparée : départ brutal d'un des parents dans un contexte de dissociation familiale ; naissance mal acceptée d'un cadet ; déménagement subit, avec changement d'école, de quartier ; rupture d'avec les anciens amis, difficultés relationnelles diverses...

Parfois, l'enfant est gêné par son odeur, parfois il semble indiffé-

rent, parfois la défécation est volontaire quoique l'enfant affirme ne pas pouvoir se retenir.

Incontestablement, ce symptôme permet aux enfants d'exprimer leur **agressivité,** leur opposition, d'une façon **régressive** et parfois perverse.

L'encoprésie exprime une fixation au **stade anal,** une difficulté psychologique à accéder au **stade prégénital,** et une révolte inconsciente contre des préoccupations parentales excessives (lavements, suppositoires, soins du corps obsédants...).

TRAITEMENT :

• Thérapie familiale, dans la mesure où le symptôme est la manifestation d'un trouble dans le fonctionnement familial.

• Une thérapie analytique individuelle peut aussi être proposée afin que disparaisse le **conflit** qui est à l'origine de cette régression.

Surtout, ne pas centrer son attention sur ce symptôme en le renforçant par une curiosité soucieuse et une excessive sollicitude, fût-elle thérapeutique. Et surtout, ne pas employer les vieilles méthodes d'humiliation sadique* qui ne font que renforcer les difficultés de l'enfant.

ÉNURÉSIE

Pipi au lit la nuit.

L'énurésie est l'émission incontrôlable d'urine, chez l'enfant de plus de 4 ans.

L'énurésie primaire peut être due à une malformation urétrale, à une immaturité neuro-musculaire de la vessie, à un trouble vésical, ou a quelque affection urologique que des examens médicaux permettent de déceler.

L'énurésie secondaire se manifeste après une période de propreté transitoire, chez 10 % des enfants, surtout les garçons (deux garçons pour une fille). Elle est parfois irrégulière (et dans ce cas il peut être intéressant d'observer quand l'enfant fait pipi au lit, où, avec qui...) ou elle peut être quotidienne.

Les causes

Aucune transmission génétique n'est prouvée, mais une certaine tolérance familiale se transmet. Ainsi, par exemple, les pères d'énurétiques minimisent le symptôme en invoquant le fait qu'eux-mêmes ont

fait pipi au lit jusqu'à l'âge de 10 ans...

Les facteurs d'ordre psychologique sont évident. En psychothérapie, les enfants parviennent à exprimer leurs **conflits** inconscients, leurs craintes, leurs angoisses* liées à la situation qu'ils vivent en famille (divorce, crise conjugale, naissance mal acceptée d'un petit frère, choc émotionnel traumatique, décès d'une personne aimée...).

Il n'y a pas de profil psychologique de l'enfant énurétique. L'énurésie secondaire est une manifestation **régressive** parmi d'autres, une fixation du développement affectif au **stade urétral,** et il revient au psychologue d'élucider la signification symbolique et l'utilisation inconsciente du symptôme.

TRAITEMENT :

- Psychothérapie analytique.
- Thérapies comportementales.
- Psychodrame d'enfants.

Les thérapies comportementales s'avèrent très efficaces en associant le contrat thérapeutique avec un système de gratification (les renforçateurs positifs). Les jours où l'enfant n'est pas énurétique : on le félicite, on lui propose une sortie, un cadeau ; on admire le grand garçon qu'il est devenu... A ceux qui prétendent que le symptôme disparaît et que le conflit se **déplace,** je dirai — ayant l'expérience de la psychanalyse et des thérapies comportementales — que les conflits se déplacent aussi (O combien !) dans une cure analytique classique.

Cela étant, la psychothérapie analytique, plus longue, est néanmoins efficace et s'attache non à la disparition du symptôme mais au sens de ce symptôme qui, en général, disparaît.

Le psychodrame s'avère également efficace, le symptôme disparaissant au bout de quelques mois.

• Les traitements style « pipi-stop » sont à proscrire. Certains généralistes prescrivent l'Imipramine ou d'autres molécules, sous forme de comprimés ou de sirop avant le coucher. Il est toutefois préférable, et possible, d'éviter l'usage des médicaments*.

ÉROTOMANIE

Le syndrome de la « midinette ».

Certaines adolescentes s'imaginent que telle vedette des médias ou tel chanteur est fou amoureux d'elles mais n'ose pas les séduire...

On parle d'érotomanie quand cette conviction, totalement infondée, devient délirante* et conduit l'adolescente à interpréter faussement l'attitude à son égard d'une personne connue.

J'ai connu une jeune fille de 16 ans, hospitalisée dans le service du Professeur Alby (Saint-Antoine, Paris), qui était absolument convaincue que le chanteur C. Jérome ne pensait qu'à elle et voulait l'épouser. Bien entendu, rien de cela n'était vrai. Les pensées de cette jeune fille étaient délirantes et son état nécessitait une prise en charge psychiatrique sérieuse.

L'érotomanie se manifeste souvent chez des adolescentes hystériques* ou paranoïaques.

Le mécanisme est le suivant : au lieu de dire « je l'aime », la midinette énonce : « Je suis sûre qu'il n'aime que moi ! »

Et elle y croit dur comme fer.

TRAITEMENT :

- Psychothérapie d'inspiration analytique.
- Hospitalisation en service de psychiatrie quand la patiente, en plein délire, est en phase d'exaltation ou de dépression*.

ÉRYTHROPHOBIE

La peur de rougir.

L'érythrophobie (du grec *erythema*, rougeur, et *phobos*, crainte) désigne en fait à la fois le rougissement involontaire du visage et la crainte, qui affecte bien des adolescents, de rougir en public.

Le rougissement peut être spectaculaire, violent, inattendu, et se manifester, chez une adolescente timide par exemple, aussi bien devant un beau garçon que face à un professeur qui va l'interroger sur son cours. Certains adolescents craignent à l'avance la panique qu'engendre ce symptôme ; lequel peut devenir handicapant à l'âge adulte.

Toute personne d'un naturel réservé, sauvage et peu loquace peut, dans certaines circonstances, se mettre à rougir. L'érubescence soudai-

ne est un des phénomènes les mieux partagés.

Un sentiment de panique s'agrafe à une image mentale et c'est « la honte » ou le drame, en situation d'examen par exemple.

Nombreuses sont les explications données à ce phénomène. J'en retiendrai deux :

1. c'est la manifestation d'un désir amoureux, d'un penchant secret et inavoué. Ne dit-on pas « rougir de plaisir », « rougir de honte » ?... Nous ne pouvons pas toujours maîtriser les manifestations de nos désirs inconscients.
Ainsi en va-t-il des désirs souterrains s'exprimant à l'insu d'une jeune fille, face à une personne à laquelle elle trouve un certain charme. Désirs refoulés par une force **refoulante** qui manifeste un interdit. Interdits de sentiments, de pensées, de représentations **censurées,** provoquant ainsi de vives tensions dans le corps ;
2. c'est aussi parfois la manifestation d'une hostilité secrète liée à un désir camouflé, violemment rejeté de la conscience et qui s'exprime toutefois à l'insu de l'enfant. Désir lié à un **fantasme** agressif, une représentation hostile inavouable. Les désirs **agressifs** nous font voir *rouge ;* ils peuvent être à l'origine d'une turgescence épidermique qui nous fait souhaiter être à dix pieds sous terre pour que l'on ne nous voie pas ainsi.

Ainsi les émois d'hostilité ou d'amour se trouvent « **déplacés** ». Tensions et intentions sont spontanément rendues visibles. L'expression dermatologique d'un affect est involontaire.

Il s'agit dans tous les cas d'un aveu malgré soi ; aveu d'un sentiment de passion ou de fureur lié à un **complexe** dont l'origine est sentimentale, agressive ou sexuelle.

TRAITEMENT :

• *L'assertive training* (Affirmation de Soi) permet de se dégager de deux pièges accablants :

1. l'**agressivité** inconsciente que l'adolescent n'ose exprimer,
2. la passivité, qui confirme le craintif dans ses remords, et la permanente dévalorisation de soi ou le **refoulement** des sentiments profonds.

L'entraînement à l'assertivité (ainsi que nous l'expliquons au chapitre II) rend l'adolescent expressif et respectueux, ce qui l'autorise à connaître sa valeur et ses choix.

Les parents, cela va de soi, ne doivent pas se montrer abusivement culpabilisants, exigeants et sévères. L'érythrophobe a souvent

des parents qui, sans chercher à nuire, le conduisent à manquer de confiance en lui et à n'avoir qu'une idée indécise de lui-même.

Rougir en public revient à se punir soi-même de pensées réprimées et coupables, à montrer à tous que l'on n'est pas à la hauteur des sentiments éprouvés.

Ne vous moquez pas de celui ou de celle qui rougit. Cela ne fait que renforcer la répression des sentiments enfouis. Il ne faut pas non plus être discréditant avec les adolescents « complexés » par leur corps (nez trop long, boutons sur le visage, hanches trop développées...)

• *La désensibilisation systématique* s'avère efficace. C'est une technique de relaxation dont le principe (développé au chapitre II consacré aux thérapies) consiste à imaginer la situation que l'on craint d'affronter.

Les premières séances sont consacrées à l'étude des situations déclenchant le rougissement. On se limite à une ou deux, clairement définies au départ. L'Américain Wolpe a établi une échelle de stimuli anxiogènes (échelle notée de 0 à 100 : Subjective Unit of Disturbance).

La personne qui rougit met 100 à la situation qui la fait le plus rougir, puis classe les événements par ordre décroissant. Relaxée, allongée, elle imagine l'une des situations pénibles. Quand l'image se présente, le psychologue suggère la détente : l'anxiété* diminue. Enfin l'adolescent reçoit des instructions qui lui permettent d'appliquer dans la vie courante ce qu'il a acquis pendant les séances.

Ce traitement est efficace pour toutes les **phobies,** y compris celle de l'ascenseur, de l'avion ou de la rue (agoraphobie*).

• *La psychothérapie analytique,* enfin, permet d'aborder en profondeur des problèmes liés à la crainte du sexe opposé, de « débloquer » l'enfant ou l'adulte, et de trouver des solutions aux **conflits** émotionnels et affectifs liés aux **fantasmes** agressifs ou sexuels.

Cela dit, Woody Allen et Jacques Villeret l'ont montré, bon nombre de grands timides se débarrassent de leur gêne grâce à l'humour. Excellente chose.

EXHIBITIONNISME

Question de pudeur.

Les mœurs, en France, ont évolué : sur les plages, les femmes ôtent volontiers leur soutien-gorge pour se faire bronzer davantage, chose inconcevable il y a vingt ans...

Il n'est pas rare que, dans certaines familles, les parents se montrent nus devant leurs enfants. Le naturisme est toléré bien que cela choque beaucoup de gens, notamment les adolescents qui préfèrent garder leur caleçon de bain.

Le terme *exhibitionnisme* a été inventé par le docteur Lasègue en 1887. Ce terme désigne la jubilation qu'éprouve tout enfant, jusqu'à 3-4 ans, à se montrer nu.

La nudité intégrale, même en famille, n'est pas une chose si « naturelle » qu'on voudrait bien le croire. La pudeur — sentiment qui naît très tôt chez l'enfant, en Europe — se manifeste par un besoin de discrétion et une nécessaire retenue. La pudeur n'est pas une maladie de la civilisation judéo-chrétienne comme l'ont prétendu certains champions de la liberté absolue. C'est un sentiment universel de retenue.

Se montrer nu devant ses semblables ne va guère de soi et, même dans les contrées les plus chaudes, il n'est pas naturel de vivre entièrement nu. Des exceptions à cette règle : la secte des Adamites qui autrefois vivaient nus ; quant aux Nambikwaras, dont parle Claude Lévi-Strauss dans *Tristes tropiques,* ils ont tous disparu.

Cependant pudeur ne veut pas dire pudibonderie : celle-ci est un blocage handicapant. Les puritains ont des réactions exagérées par rapport à la nudité, et leur sexualité est souvent très culpabilisée.

Au total, en famille, une certaine retenue est souhaitable et de bon aloi. Quant aux pudibonds, ils gagneraient beaucoup à prendre conscience de leur peur de la sexualité et de leur propre intolérance. La vie collective, sur une plage ou ailleurs, suppose un dosage harmonieux d'aisance et de retenue. La police ne met plus de contraventions, en France, pour « atteinte à la pudeur » ; dans d'autres pays, elle verbalise encore.

Aucun enfant, jusqu'à 2-3 ans, ne se montre choqué par la nudité de ses parents. D'aucuns témoignent même souvent d'une certaine curiosité. Ils ne sont, de fait, ni traumatisés ni perturbés par la nudité de leurs parents. Cela dit, cacher sa nudité devient vite un réflexe.

Les ténors de la libération sexuelle font souvent comme si se pro-

mener nu chez soi était sans conséquence pour les adolescents. Ils oublient, ou font semblant d'oublier, que l'adolescent peut vivre cette nudité comme une provocation incestueuse, de nature à renforcer des conflits préexistants. Ils exercent en fait une *séduction inconsciente* envers les enfants. Cette séduction n'est pas délibérément destinée à troubler l'enfant, mais c'est en tout cas ce que l'enfant est susceptible de ressentir (à l'âge adulte, l'exhibitionnisme est une perversion).

Nous ne sommes, en tant que psychologues, ni pour, ni contre le naturisme des adultes entre eux. Il est important de se sentir bien dans sa peau et, dans la mesure où cela ne gêne pas les enfants, nul n'est en droit de prendre une position éthique au nom de la psychologie.

Personnellement, j'affirme avoir vu en consultation des enfants troublés par l'exhibitionnisme de leurs parents « libérés », feignant d'ignorer ce qui se passe dans la tête de leur enfant.

Bon nombre de naturistes se moquent éperdument de la pudeur et de la délicatesse qu'elle suppose. Mais il est bon d'écrire cela, pour défendre la cause des enfants.

Toutefois, la situation inverse existe : certains parents (ou grands-parents) sont choqués par l'exhibitionnisme des enfants. Ils n'ont pas tort et doivent exprimer leur sentiment de gêne si c'est le cas. Une jeune fille de 16 ans qui déambule nue devant son père exerce sur lui, même *involontairement,* une séduction difficile à supporter par les sujets dont la sexualité est déréglée. Les adolescents ont le devoir de respecter la pudeur des adultes, et inversement. Dans ce domaine, il faut une bonne dose de naïveté pour tomber des nues !

TRAITEMENT :

• Psychodrame, théâtrothérapie et psychanalyse pour les rares exhibitionnistes qui consultent spontanément.

FANTASME DE GROSSESSE

La déception des garçons.

Pour tout ce qui concerne les problèmes se rapportant aux fantasmes que peuvent avoir les enfants et les adolescents, voir ce mot (**fantasme**) dans le lexique des mots usités.

Le fantasme du garçon de trois ans qui s'amuse à mettre un nounours ou un coussin sous son pull, pour faire croire qu'il attend un bébé, mérite toutefois une réflexion particulière car certains parents (surtout les pères) s'en inquiètent. A tort, et voici pourquoi :

1. il est parfaitement courant qu'un garçon de cet âge manifeste un intérêt pour ce qui concerne la procréation, la grossesse, la naissance. Ce fantasme concerne l'identité de votre enfant et signifie son désir d'engendrer un bébé, comme vous ;
2. les garçons ont ce fantasme comme les filles, à ceci près qu'ils savent (si on le leur a expliqué) qu'ils ne pourront jamais enfanter eux-mêmes, qu'ils doivent renoncer à ce désir. — « Pourquoi, se dit l'enfant, ne pourrai-je pas, moi aussi, avoir un jour un bébé dans mon ventre ?»

Quand ils apprennent qu'ils ne pourront jamais porter un enfant, comme leur maman, les garçons sont souvent déçus. Cette déception a très bien été interprétée par André Dussolier dans *Trois hommes et un couffin* (dans la scène où il met un coussin sous son pull et se saoule).

Quelle attitude adopter ?

• Laissez votre petit garçon jouer avec son ours et ses coussins, tout en lui expliquant qu'il deviendra un homme, puis, s'il le désire, un père. Ainsi répondrez-vous aux questions qu'il se pose sur le devenir de son identité. Vous pouvez même préciser à cette occasion quel est le rôle du père dans une grossesse, avant, pendant et après.

• Répondez aux questions indirectes dont ce jeu est le support. Souvent, ce fantasme surgit à l'occasion de la grossesse d'une femme de votre entourage. Lorsque votre enfant joue à avoir un gros ventre, cela revient à vous demander :

— « Comment suis-je fait ? »
— « Comment naissent les enfants ? »
— « Comment fait-on les bébés ? »

Si vous êtes gênés pour répondre à ces questions, vous pouvez vous aider d'ouvrages existant sur ce sujet.

Un mot tout de même de ce jeu chez la petite fille :

Expliquez-lui comment elle est faite et où ira se loger le petit être qui poussera en elle quand elle sera femme ; avoir un bébé « dans son ventre », c'est vague pour votre enfant, car le ventre est à la fois l'estomac, l'intestin, le nombril... Evoquez l'existence de l'orifice et du petit nid conçus à cet effet pour que tout ne se mélange pas dans sa tête.

Chez les filles, la question de l'identité se pose avec moins d'acuité que pour les garçons : elles n'ont pas à renoncer à l'enfantement et peuvent choisir de porter ou non un bébé. Le garçon, non.

Même si votre enfant ne comprend pas tout la première fois, il faut — s'il vous le demande de façon directe, ou indirecte — lui expliquer comment se font les bébés, où ils se développent, comment ils naissent, ce qu'est l'allaitement, etc.

L'expérience montre qu'il est nécessaire de revenir plusieurs fois sur ces explications (que les enfants oublient), avec des variantes, en fonction de leur âge bien sûr.

FÉTICHISME

Chère petite culotte.

L'adolescent fétichiste agrémente la **masturbation** (et plus tard l'acte sexuel) par la vision, le reniflage et la manipulation d'un objet-fétiche.

Il peut s'agir d'objets divers (peigne, cheveux, barrette, chaussure, botte...) mais il s'agit le plus souvent d'un sous-vêtement féminin : soutien-gorge ou petite culotte.

Deux hypothèses ont été avancées pour tenter d'expliquer les causes profondes de cette *perversion* uniquement masculine :

1. ce serait (suivant Freud) le **déni de la réalité** du sexe de la femme, perçue par le petit garçon comme un être auquel il manque le pénis (remplacé dans son esprit par l'objet-fétiche) ;
2. ce serait une fixation orale (**stade oral**) liée au souvenir d'un objet qu'il suçotait dans son enfance.

Il existe un réel problème du fétichiste, lequel ne peut obtenir son plaisir que s'il a son objet-fétiche.

Outre l'évidente contrainte que cela représente, le fétichisme peut devenir une véritable *déviation sexuelle*.

TRAITEMENT :

Le fétichisme constitue, à l'adolescence, une complication de la vie sentimentale, allant parfois jusqu'à l'impuissance* ou à des déviations sexuelles, ayant des retentissements néfastes sur l'entourage :

• Une thérapie analytique est parfaitement indiquée.

FRUSTRATIONS

Savoir dire non à bon escient.

Inutile de dire que nous avons souvent été sollicités par les téléspectateurs pour répondre à la grande question des frustrations.

Les réactions de votre enfant aux frustrations inévitables (refus, ajournements, etc...), peuvent être extrêmement vives, vous l'avez sûrement constaté. Que ce soit pour obtenir un jouet, une confiserie, une sortie etc., l'enfant peut vous harceler, piquer une colère, avoir une crise de larmes, bouder*... Et parfois, pour avoir la paix, vous finissez par céder.

La découverte du « Non ! »

La capacité de dire « **non** » apparaît chez l'enfant vers l'âge d'un an. Le pouvoir de nier, de refuser, est structurant, quelle que soit la culture considérée. Le « oui » n'apparaît qu'après, vers deux ans.

Dire non est pour votre enfant l'ébauche d'une séparation psychologique nécessaire à son autonomie. Vers 3-4 ans, c'est parfois l'enfant qui dit non, nullement pour vous agacer, mais pour affirmer sa personnalité. Cette phase d'opposition, nécessaire, est possible grâce au fait que les parents ont contraint l'enfant à renoncer à la satisfaction immédiate de ses exigences.

Il faut savoir refuser sans se sentir coupable, si l'on ne veut pas se laisser déborder. Tout système éducatif repose sur des limites édictées par les parents, et le refus sert à ponctuer ces règles.

Oser frustrer

Pendant longtemps, l'éducation autoritaire, d'inspiration militaire, a donné des générations de gens soumis et craintifs, ou au contraire brutaux et obtus. Cette phase passée, certains parents ont évité systé-

matiquement de frustrer leurs enfants, par peur de les « traumatiser », et par crainte de passer pour méchants. Or, l'indolence et le laxisme ont conduit ces parents-là à se laisser mener par le bout du nez, tout en rendant leurs enfants capricieux, exigeants, irrespectueux et malheureux.

L'éducation soixante-huitarde y fut pour beaucoup ; d'aucuns ont tenté de ne plus frustrer les enfants : ce fut une catastrophe. L'époque du Docteur Spock, celle des *Libres enfants de Summerhill,* des *Clés sur la porte* (Marie Cardinale), fut une réaction contre la rigidité et l'intolérance de parents incompréhensifs. D'où l'excès inverse, représenté en France par des courants pédagogiques basés sur le principe : « laissons-les faire, et voyons ce qui se passe... » Cet amalgame entre liberté et anarchie s'avéra catastrophique.

Etre assertif

Etre assertif, c'est-à-dire sûr de soi en toutes circonstances, suppose d'éviter ces deux écueils (le mur de béton et le château de cartes) et d'opter pour une éducation nuancée, celle du *juste milieu* préconisé par Aristote en son temps.

Dire non (surtout s'il y a danger) montre que l'on se veut protecteur et rassurant. Votre enfant a besoin de cerner vos limites ; à condition qu'elles soient cohérentes, justifiées et adaptées aux situations.

Votre enfant sollicitant des jouets en permanence a besoin de savoir qu'il ne peut pas tout avoir, que vous ne pouvez tout posséder ni tout lui offrir.

Certains plaisirs doivent être aussi différés : en effet, on ne peut laisser un enfant se goinfrer de bonbons avant le déjeuner ; plus tard, son plaisir sera d'autant plus grand qu'il n'aura pas été comblé dans l'instant, en dépit de ses pleurs et de ses gémissements.

Tenir parole

Contraindre votre enfant à surseoir à un plaisir suppose que, de votre côté, vous teniez parole. Les enfants ont besoin de parents fiables, souples, sûrs d'eux, ni « durs », ni « mous » ; d'autant que certains « durs » en apparence sont en fait des « mous » alors que certains « gentils » sont plutôt durs intérieurement.

Il faut que les enfants puissent découvrir les refus qu'impose la vie. Tout leur donner à gogo, même si vous en avez les moyens, ne les aidera pas à devenir des adultes équilibrés. Ils doivent faire l'épreuve

de nombreux renoncements, pour continuer à désirer... Un être comblé ne désire plus rien.

Même si votre enfant n'est pas d'accord, geint, pleurniche, restez ferme, tout en lui expliquant votre point de vue. Il ne s'agit pas de tout expliquer, mais de s'expliquer. Les enfants aiment comprendre les raisons d'un refus : ils l'acceptent mieux.

Ainsi, vous éviterez l'escalade conduisant à l'inadaptation totale de votre enfant aux contraintes de l'existence. D'ailleurs, que pourrait encore désirer un être parfaitement et immédiatement comblé ?

FUGUES

Il menace de se « casser » .

Appelons déjà un chat un chat, et examinons l'ampleur du problème. Une fugue est un départ impulsif qui vient à la place d'une parole : l'adolescent se « casse » sur un coup de tête.

On ne peut parler de fugue à propos d'enfants de moins de cinq ans : un petit, perdu dans un grand magasin ou égaré dans une forêt, ne fugue évidemment pas. En revanche, s'il a douze ans, nous pouvons dire qu'il a fugué.

Les chiffres sont stupéfiants : chaque année 100.000 mineurs partent de chez eux. Il y a deux ans, 30.000 cas ont été signalés à la police : 60 % ont été retrouvés, ou sont revenus dans les quarante-huit heures.

Les fugues sont souvent un moyen d'échapper à une réprimande, à des querelles et à des conflits familiaux ; une façon (maladroite certes) de fuir un climat de tension pesant, un endroit, ou une personne détestée. Ce peut être le foyer, le pensionnat, le centre aéré ou la colonie de vacances...

Le but de la fugue est parfois d'inquiéter les parents, ou de rejoindre des êtres aimés (grands-parents, nourrice, petit ami, confident...), et provoque une peur bleue chez les adultes.

Il s'agit parfois d'une forme de vagabondage, si le départ n'est qu'une errance due à l'ennui.

Les fugues scolaires

Elles sont souvent liées aux difficultés scolaires d'un enfant dont les parents sont trop exigeants. Si les disputes prennent des proportions exagérées, l'enfant préfèrera fuir l'école (c'est « l'école

buissonnière » classique).

L'intolérance du milieu familial est un élément déclenchant. Mais il ne faut pas étiqueter « fugueur » à vie un enfant qui fait une escapade, sans nulle intention de recommencer.

Chez l'adolescent en revanche, on peut parler de fugue : d'intenses bouleversements viennent transformer le corps et l'esprit d'un être qui n'est ni un enfant ni un adulte... Les adolescents mal dans leur peau ne trouvent pas toujours le mot juste pour exprimer leur trouble. Et quand les mots manquent, un acte de fuite vient à leur place (voir **acting**).

Le fugueur *agit* parce qu'il a des difficultés à communiquer son « problème », ou parfois, tout simplement, parce qu'il n'a personne à qui le communiquer. Sa fugue est un appel : il souhaite inconsciemment que l'on se mette à sa recherche. C'est une façon de vous informer : « Je voudrais vous dire quelque chose, mais je suis mal à l'aise, je n'ose pas, je n'arrive pas à me confier à vous... »

On retrouve souvent dans l'histoire des enfants fugueurs des ruptures importantes qu'ils reproduisent inconsciemment : déménagements nombreux, séparations successives, divorces qui les transbahutent ici et là, éloignement d'êtres chers, abandons... Pour l'enfant, cela signifie laisser une maison, des amis, des copains d'école, des activités spécifiques...

Les changements successifs et fréquents sont souvent plus douloureux qu'il n'y paraît. L'adolescent fugueur maîtrise la rupture : il la provoque, comme pour ne plus avoir à la subir. La fugue marque souvent chez l'enfant une vive intolérance aux frustrations*, le besoin de renouer avec le « parent rêvé » auquel il s'**identifie** et avec lequel il s'isole imaginairement en fuguant.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie familiale ou analytique, pour ceux qui récidivent.

Mais avant de proposer à un adolescent « fugueur » un traitement à proprement parler, il faut :

• l'inciter à parler de ses problèmes : le dialogue est aussi un remède. Parfois, c'est vrai, les parents ont eux-mêmes des difficultés à parler. Ils peuvent dans ce cas se faire aider par un psychologue, dont le but est de créer les conditions d'échange et de confidences, là où bouderies* et réactions de résistances sont venues tout compliquer ;

• ne pas épier ni séquestrer le fugueur : ce serait la meilleure

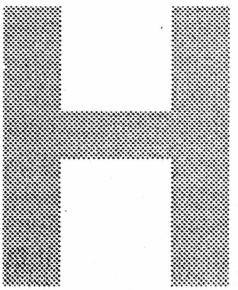
façon sinon de l'encourager à recommencer, du moins de lui faire croire que la fugue est un bon moyen de faire parler de lui.

Autrement dit, ne répondez pas à un **passage à l'acte** par un autre passage à l'acte en l'enfermant dans sa chambre ;

• cessez vous-mêmes d'éviter ou de retarder le conflit. Aucun problème ne se résoud par le refus du dialogue.

Après la fugue, osez parler ensemble de ce qui s'est passé ; ne pas faire *comme si* rien ne s'était passé...

Nos enfants savent que nous les aimons mais ont besoin de l'entendre dire, de le constater à travers des *actes,* grâce auxquels souvent les fugues n'ont plus lieu d'être.



HALLUCINATIONS

« Elle voit des nains partout. »

Les hallucinations sont quasi-inexistantes chez l'enfant, même lorsqu'il est en proie à un certain retrait de la réalité.

Les **fantasmes** et les récits les plus bizarres, les **rêveries diurnes** les plus baroques ne sont ni des hallucinations ni du délire*. Cependant, certaines hallucinations peuvent surgir en cas de forte fièvre, et certains auteurs ont noté chez des enfants perturbés, de plus de 8 ans, des perceptions sensorielles parasites, de nature autitive ou visuelle. Mais, à cet âge, il est difficile de savoir avec rigueur s'il ne s'agit pas tout simplement de rêveries imaginatives ou de fantaisies, surtout chez les mythomanes*. La mythomanie, une fois devenue la façon ordinaire de communiquer avec autrui, est un trouble grave à prendre au sérieux.

En revanche, chez certains adolescents dont les troubles psychologiques sont attestés, ou chez ceux qui prennent des drogues* hallucinogènes, il arrive que des attitudes d'écoute ou d'extase, liées à des visions étranges, traduisent l'existence d'une hallucination, surtout si le jeune adulte a l'impression qu'un être démoniaque s'adresse à lui en secret, en proférant des ordres auxquels il se sent contraint d'obéir.

TRAITEMENT :

• Une consultation spécialisée en psychiatrie est nécessaire, afin que chacun sache à quoi s'en tenir.

• Quand il s'agit de réelles hallucinations, la psychothérapie analytique intensive doit être doublée d'un traitement médicamenteux sédatif du délire*.

HANDICAP PHYSIQUE

Comment affronter la détresse ?

Un million de malades atteints de myopathie dans le monde (plus de 30.000 en France). Des milliers de personnes handicapées, victimes d'accidents de la circulation...

Que doit faire le praticien ? Dire la vérité ou non ?

Une fois le diagnostic posé par le médecin (myopathie, hémiplégie, tétraplégie, déficiences physiques multiples...) reste le problème délicat de l'annonce du diagnostic.

1. Certains préfèrent ne pas dire à l'enfant ce dont il souffre, afin de ménager la famille et lui laisser de l'espoir (en ce qui concerne la myopathie, les parents se rendent vite compte de la progression du mal). Résultat : les thérapies visant à retarder les déformations et les déficits qui s'installent ne sont pas appliquées à temps ; la rééducation intensive, la psysiothérapie, les traitements médicamenteux à base de vitamine E, les bains, la kinésithérapie, les attelles de nuit et les appareillages, qui sont plus aisément acceptés au début, sont mal vécus à l'adolescence.
2. D'autres soignants, au contraire, annoncent abruptement diagnostic et pronostic, en soulignant qu'il n'y a pas grand-chose à faire, sinon aimer l'enfant jusqu'à ce qu'il meure.

C'est ce qui est arrivé aux parents du petit Jérôme H. Ils consultaient parce qu'ils trouvaient que leur fils avait de gros mollets... Le témoignage du père est bouleversant : « Ce que j'ai à vous dire est grave, dit le médecin. Votre fils est condamné, il est atteint d'une maladie incurable : la myopathie ; il n'a que peu d'années à vivre. Il n'y a aucun traitement. »

— « A ces paroles prononcées sans ménagement, explique le père, j'ai senti un poignard s'enfoncer dans mon coeur. J'aurais tué ce médecin ! Je lui en voulais comme s'il était responsable du désastre.

Ma femme, livide, gardait le silence. Je ne comprenais pas ce qui nous arrivait... J'étais perdu. »

« J'ai demandé s'il n'y avait pas, quand même, quelque chose à faire ? »

— « Rien, absolument rien. Mes confrères vous diront la même chose. »

— « Avant de partir, poursuit le père, j'ai demandé si Jérôme était admis à suivre des séances d'orthophonie. "Si vous voulez" , répondit le médecin. On aurait dit que de toute façon c'était du gaspillage, que mon fils prenait la place d'un enfant valide... Je suis parti, tenant ma femme serrée dans mes bras. Elle titubait et pleurait en silence ».

Le père consulta un autre médecin qui confirma le diagnostic du premier, ajoutant : « Aucun médicament n'existe. On ne peut rien pour le moment... Lorsque votre fils ne marchera plus, on lui mettra des appareils aux jambes, pour le soutenir le plus longtemps possible debout ».

Comble d'indélicatesse, ce médecin montra aux parents les photos d'une revue médicale où apparaissaient de jeunes myopathes appareillés et déformés.

« Ce fut une chose terrible, dit le père. Vraiment, ils n'ont pas pris de gants... M'apprendre en une seule fois la maladie incurable de notre enfant, et me montrer ces photos ! C'était trop : je me suis mis à pleurer comme un gosse. Après, ma femme s'est fermée ; elle ne mangeait plus et ne sortait que pour accompagner Jérôme à l'école ».

3. Entre ces deux attitudes : ne rien dire, ou asséner un pronostic sans espoir, il existe heureusement une façon humaine — témoignant d'une certaine solidarité, d'une certaine empathie — d'annoncer aux parents ou à l'enfant un diagnostic terrible.

Faut-il dire la vérité toute nue à l'enfant lui-même ? Qui doit la dire, et comment, sont des questions à débattre. L'enfant myopathe peut savoir qu'il aura à combattre un mal qui mobilise des milliers de chercheurs dans le monde, et en France particulièrement, au C.N.R.S., à l'I.N.S.E.R.M., à l'Institut Pasteur...

La vérité doit être dite avec la force de l'espoir qui tient en trois mots : Refuser, Résister, Faire échec à l'indifférence générale. Dénoncer la solitude du ghetto, la peur et l'ignorance de ceux qui assimilent handicap physique et déficience mentale.

Refuser le pessimisme, savoir que seule une éthique de la volonté et du courage peut stimuler la recherche et développer la lutte.

HOMOSEXUALITÉ

Je suis lesbienne, et alors ?

Nous avons reçu un jour la lettre d'une adolescente (15 ans) avouant qu'elle préférait, depuis toujours, « la compagnie des filles », qu'elle adorait faire des câlins à ses petites amies (les embrasser sur la bouche), et que sa famille prenait la chose fort mal.

Que des jeunes filles se fassent des « câlins » entre elles est mal accepté dans la société française, sur le plan moral et social.

Idem pour les garçons, dont les sentiments ambigus ont toujours été plus ou moins combattus, voire punis par la loi dans de nombreux pays (sauf à l'époque de la Grèce antique, ainsi qu'en témoignent les écrits de Platon, par exemple).

D'où une évidente ségrégation (surtout actuellement, car la peur du SIDA a renforcé les craintes) ; d'où aussi une navrante clandestinité qu'évoque Dominique Fernandez dans son remarquable ouvrage *l'Etoile rose*.

Pour être clair, nous devons distinguer :

1. la tendre affection

Tout enfant l'éprouve à l'origine pour son père et sa mère ; il la reporte sur ses petits camarades, à la faveur de ce que nous nommons la « **bisexualité** psychique ». L'attachement affectif est **sublimé** en une tendre amitié, ou transféré sur une personne élue, sans aucun caractère directement érotique ;

2. l'homosexualité en acte

Exprimant un choix de partenaire amoureux, elle est plus rare qu'on ne le croit.

Le lesbianisme et la pédérastie s'accompagnent souvent :

— de la peur des garçons, chez la fille (et inversement),

— de difficultés psychologiques personnelles, voire de l'impossibilité de désirer séduire l'autre sexe,

— de la persistance narcissique* de l'amour pour les êtres du même sexe que soi.

3. Incertitudes et flottements

En fait, la maturité affective et le choix d'un partenaire sexuel sont l'objet d'une période d'incertitude et de flottement, normale à l'adolescence.

Certains jeunes, par curiosité, ne recherchent qu'une expérience : on ne peut tirer aucun pronostic de ces hésitations passagères.

Trois sortes de facteurs interviennent dans le choix :

a. *les facteurs psychologiques*, notamment l'**identification** inconsciente à une personne admirée, notablement homosexuelle. L'adolescent devient alors homosexuel également, par adoration en quelque sorte.

Les adolescents manquant d'affection ou vivant une phase d'errance, de solitude, de désarroi, se laissent entraîner parfois par une pure recherche de sécurité.

Les adolescents qui ont été victimes d'homosexuels adultes peuvent aussi être pervertis à leur tour et répéter malgré eux ces expériences de séduction ;

b. *les facteurs sociaux* : ils sont importants si l'adolescent est influençable. L'entraînement par des amis, une bande ou un groupe social précis peut être un facteur essentiel alors que l'orientation affective est encore mal définie. La vie en internat, la fréquentation d'un milieu qui draine plus d'homosexuels qu'un autre (coiffeurs, danseurs...) peuvent aussi jouer un rôle, mais ne sont pas décisives pour l'avenir d'un adolescent ;

c. *les facteurs génétiques* : ils sont évoqués, à tort semble-t-il, car en réalité rien sur le plan génétique n'a jamais été prouvé. Selon certains auteurs, des facteurs hormonaux agissant sur le complexe hypotalamo-hypophysaire peuvent inverser une tendance naturelle. En outre, une étude de Kalmann, réalisée sur des jumeaux, a montré que :

— sur 40 co-jumeaux d'homosexuel(le)s, 37 sont homosexuel(le)s ;

— sur 23 paires de di-zygotes (c'est-à-dire les faux jumeaux), 3 seulement sont homosexuel(le)s.

Pour en revenir à notre jeune correspondante, nous lui avons répondu qu'il était important qu'elle vive comme elle l'entendait. Nous apprîmes par la suite qu'elle ne se sentait plus ni honteuse ni coupable et qu'elle avait adopté, à l'égard de ses parents, un comportement de provocation*.

Ce genre de réaction nous est très fréquemment confié en consultation.

Soulignons que de toute façon, à 15 ans, rien n'est joué d'une façon définitive et irréversible.

Disons-le, l'homosexualité n'est pas une maladie, et il serait bon que nous soyons plus tolérants vis à vis de ce qui est pour certains un choix de vie. Et pour finir, en parodiant Woody Allen, je dirai que l'homosexualité, c'est anormal si le taux de cholestérol dépasse 5,80 grammes.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie seulement si l'homosexuel(le) vit son choix comme un **handicap** et s'il est dépressif*.

HYPERSOMNIE

L'enfant-marmotte.

Avant de parler de l'hypersomnie, rappelons que les enfants ont des besoins de sommeil différents, selon leur personnalité. Jean sera en forme et de bonne humeur après sept heures de sommeil, alors qu'il en faudra douze à Paul pour se sentir d'attaque.

Cela dit, l'hypersomnie existe et se manifeste par un besoin excessif et inhabituel de sommeil. Il s'agit d'un trouble, bien que les enfants qui dorment beaucoup inquiètent moins les parents.

Ce besoin massif, qui apparaît souvent brutalement, exprime pourtant une souffrance analogue à l'insomnie*. Le sommeil sert de refuge à l'enfant en lui évitant de penser, de décider, d'affronter la situation difficile dans laquelle il se trouve. Souvent triste, anxieux*, déprimé*, l'enfant se plaint d'être fatigué en permanence.

Les causes de l'hypersomnie sont nombreuses et tiennent à des conflits que l'enfant lui-même, généralement, ne soupçonne pas.

TRAITEMENT :

• L'hypersomnie étant l'expression d'une fuite anxieuse, une *consultation psychologique* est souhaitable, si vraiment aucune maladie infectieuse ou aucun médicament entraînant des somnolences ne sont à l'origine des longues nuits de l'enfant-marmotte.

• Thérapie familiale - Thérapie analytique pour aborder les conflits sous-jacents.

J'ai eu en traitement un adolescent qui ratait souvent ses rendez-vous fixés à 15 h 30 ! Son père me disait : « Il ne s'est pas réveillé »... Or j'ai découvert un jour (grâce au père d'ailleurs) que toute la famille dormait jusqu'à 16 heures !

HYPOCONDRIE

Il a toujours mal quelque part.

Certains enfants anxieux* se plaignent toujours de douleurs, sans qu'aucun médecin ne parvienne à trouver l'origine du trouble.

Ces enfants ont souvent des difficultés à s'exprimer autrement qu'en geignant, et leurs plaintes inquiètent tout le monde. Un petit bobo se transforme en cancer ou en septicémie dans l'esprit du jeune « malade imaginaire ».

Parfois même, l'anxiété* et l'angoisse* de mort qu'il ressent sont telles que l'enfant ne peut se divertir ou se concentrer sur son travail scolaire. Un jour, il a mal à la tête ou au coeur, le lendemain, il se plaint de douleurs au ventre, de fatigue, de troubles de la vue...

On a remarqué que les enfants hypocondriaques vivaient avec des parents hypocondriaques, et qu'au moindre bobo toute la famille était sens dessus dessous. Parfois, la maladie — réelle — d'un des parents vient renforcer l'angoisse et confirmer l'anxieux dans ses attitudes de plaintes, largement majorées.

TRAITEMENT :

• Relaxation, acupuncture, et toutes les psychothérapies susceptibles de venir à bout de l'anxiété. Car, lorsque les plaintes somatiques successives ne conduisent à aucun diagnostic médical réel, on peut présumer que tout cela *se passe dans la tête,* ce qui ne signifie pas qu'il faille prendre à la légère les plaintes de l'hypocondriaque.

— Une fois que le médecin de famille (ou S.O.S. Médecin) a été alerté, et que les examens spécialisés (radios, analyses...) ont été faits, le psychologue peut prendre le relais.

HYSTÉRIE

Elle en rajoute dans la maladie.

Les symptômes d'hystérie, rare chez l'enfant de moins de 10 ans, apparaissent vers les 14 ans, surtout chez les filles, et doivent être pris très au sérieux.

L'hystérie peut être agaçante, mais aussi invalidante et très impressionnante : crise de nerfs, spasmophilie, cécité passagère, vomissements*, mutisme*.

On a dit que l'hystérique avait un fort besoin d'être regardé, aimé, admiré ; on dit parfois d'une jeune fille qui fait le « pitre » pour faire rire la galerie, et qui s'effondre brutalement en larmes, qu'elle « fait sa crise d'hystérie ». Ce n'est pas entièrement faux.

Dans l'hystérie, le **conflit** psychique est en relation avec le **complexe d'Œdipe** et il se manifeste par des symptômes et toutes sortes de signes corporels.

Bien que tout enfant souhaite être aimé, tous n'ont pas tendance à simuler ou à dire n'importe quoi pour se faire remarquer. L'hystérique fabule et souffre à la fois de ses caprices et de son humeur versatile.

TRAITEMENT :

• Psychodrame, théâtrothérapie, jeu de rôles, danse-thérapie.

Les hystériques qui font de la scène parviennent à faire d'un handicap un éventuel succès professionnel.

Leur narcissisme* et leur côté « m'as-tu vu(e) » étant comblés, les plaintes diminuent, cessent, ou se sociabilisent.

IMMATURITÉ DE LANGAGE

Elle parle comme un bébé.

Le babil et les premiers mots d'un enfant font souvent rire. Mais jusqu'à quel âge peut-on accepter les « mots-bébé », et quand peut-on dire que le langage d'un enfant est immature ?

Écorcher les mots, leur faire subir toutes sortes d'altérations, de déformations, de modifications, est une phase normale de la vie ; mais certains parents exigent trop tôt un langage d'adulte : ils ont peur d'être déconsidérés aux yeux des autres si leur enfant ne parvient pas à prononcer le mot voiture au lieu de « toto » ou « vroum-vroum » ; ils le somment de dire chat, et non « miaou », etc.

En fait, l'ébauche du langage est un moment précieux, et il peut être amusant de conserver sur un carnet, en souvenir, les mots les plus cocasses de votre enfant, à cette époque d'imaginaire, de créativité, quand il découvre les mots et le monde.

Cependant, si les déformations persistent, il est souhaitable de rectifier systématiquement, de ne jamais reprendre les mots-bébé, même s'ils vous font rire.

A partir de trois ans : il faut aider l'enfant à acquérir le langage structuré des adultes, si l'on veut qu'il soit compris des autres.

Laisser l'enfant à un niveau archaïque risque de maintenir l'immaturité de son langage, de retarder ses acquisitions syntaxiques qui lui permettront une vie sociale normale.

Dénommer les choses d'une façon appropriée à son âge : dire « dada » à un enfant de six ans est aussi inepte que d'exiger qu'il dise « cheval » à 15 mois...

Après l'âge de cinq ans, l'enfant doit s'exprimer correctement. En classe, cela facilite sa progression sur le plan intellectuel et linguistique, ainsi que sa maturation affective et sociale.

On ne peut alors parler d'immaturité de langage, de retard ; votre enfant parviendra vite à un niveau correct d'expression dans une société où la parole a autant, sinon plus, de valeur que l'image.

Enrichir son vocabulaire en lui expliquant les mots qui lui sont inconnus.

Cette attitude est fructueuse, car une excellente maîtrise de notre langue est un atout précieux à l'école.

Surveillons aussi nos propos : tous les « maux » ne viennent pas de l'école, des mauvaises fréquentations, de la société...

Avant, la pauvreté de notre vocabulaire, un langage relâché, contribuent à maintenir nos enfants dans l'immaturité du langage.

Aider nos enfants à grandir, c'est aussi les aider à bien parler, à exprimer avec justesse ce qu'ils ressentent et pensent.

Grâce au langage, un enfant découvre le monde et fait ses premiers pas vers l'autonomie. Il dépend de nous de le maintenir dans l'infantilisme, ou de l'en dégager.

TRAITEMENT :

- Orthophonie.
- Eventuellement, thérapie familiale ou analytique, en cas d'important retard de langage.

IMPUISSANCE SEXUELLE

Le cauchemar des Dom Juan.

L'impuissance sexuelle peut apparaître chez l'adolescent, ému ou anxieux*, et peut se manifester de façons diverses.

L'éjaculation précoce est fréquente chez ceux dont le désir est trop fort, à l'égard d'une jeune fille dont ils sont amoureux fous.

L'impuissance érectile (absence d'érection) surgit parfois chez des adolescents dont la crainte de l'autre sexe est patente. Elle peut être liée aussi à la peur de ne pas réussir à « bien » faire l'amour, et à la peur de ne pas pouvoir contrôler son plaisir, mais aussi à une réflexion maladroite de la partenaire, aux circonstances de la rencontre, au fait que le garçon pense à une autre personne, etc.

L'absence totale d'érection est rare chez l'adolescent qui, généralement, souffre d'érection insuffisante, instable ou « capricieuse ».

TRAITEMENT :

- Psychanalyse dans le cas où ces difficultés sexuelles sont liées à un ensemble de symptômes psychiques de type névrotique*.
- Affirmation de soi (voir chapitre *Traitements* p. 172)
- Désensibilisation systématique, avec un spécialiste en sexologie clinique, de préférence.

INSOMNIE

Mystérieuses nuits blanches.

L'insomnie est un trouble du sommeil dont il faut trouver les causes. Votre enfant peut s'éveiller en pleine nuit pour plusieurs raisons. Par exemple :

1. les dents qui poussent en provoquant une douleur aiguë ;
2. une forte fièvre causée par quelque affection (microbienne, rhume, grippe...) ;
3. gêne physique provoquée par les vêtements et les draps mouillés ;
4. anxiété* de l'un des parents qui perturbe, en voulant le surveiller, le sommeil du petit ;
5. irritabilité d'un parent soucieux, présentant lui-même ces troubles du sommeil ou ces difficultés d'endormissement ;
6. peur de dormir seul, d'être séparé de ses parents (chez le tout-petit), angoisse de séparation survenant dans la nuit, lorsque l'enfant découvre qu'il est seul dans sa chambre ;
7. cauchemars*. Ils sont aussi cause d'insomnie. Rassurez votre enfant sur l'aspect irréel des personnages ou animaux qui apparaissent dans ses rêves ; éventuellement, laissez une veilleuse ;
8. le mode de vie des parents (qui rentrent et se couchent tard, qui se lèvent tôt...) peut aussi perturber la régularité du sommeil de l'enfant ;
9. les déménagements insécurisent l'enfant qui s'adapte mal, dans les premiers temps, à son nouvel univers ;
10. dans certaines familles, voir tout le monde vivre autour du lit des parents, avec plateaux-repas devant la télé, ne donne pas envie à l'enfant de se retrouver « ailleurs »... D'où son refus d'aller dans sa chambre et de dormir seul ;
11. désir inconscient de « déranger » le couple parental, de séparer la mère du père, en cas de forte jalousie œdipienne.

Quelques conseils

1. Créez les conditions favorables pour que votre enfant ait plaisir à aller se coucher et à dormir seul ; c'est une condition essentielle à son bon sommeil.

Son lit ne doit pas être un lieu où l'on se débarrasse de lui dans la journée, mais un lieu sécurisant, celui où on chante des chansons, on raconte des histoires, celui où l'on joue...

Les enfants d'âge scolaire ont besoin d'un temps de repos, de

détente (lecture par exemple), avant de se coucher : nul ne peut s'endormir sur commande.

Ne laissez pas le téléviseur hurler dans une pièce voisine.

Evitez de crier ou de vous injurier au moment du coucher.

2. *Respectez les habitudes* et les **rituels** du coucher : chaque enfant a les siens : une histoire, une chansonnette, trois minutes de jeu « coucou le voilà », c'est parfois le prix d'une nuit paisible ; et ces rituels valent la peine qu'on s'y conforme pendant quelque temps. D'ailleurs, même si vos enfants dorment bien, ces rites font partie des moments privilégiés dont ils ont tous besoin.

Ne pas oublier de dire : « Nous allons tous dormir. A demain ». Et précisez le programme du lendemain : jour d'école ou de congé, sortie, cinéma, etc.

Si votre enfant, encore petit, éprouve l'intense envie de vous retrouver dans votre lit, prenez-le un peu avec vous, mais ne laissez pas s'installer cette habitude. Cela doit rester exceptionnel. En effet, l'insomnie peut être provoquée par l'inquiétude concernant les rapports sexuels parentaux, surtout chez des enfants ayant couché dans la chambre des parents.

TRAITEMENT :

Si au bout de quelques semaines le sommeil de votre enfant est toujours perturbé, en dehors de toute cause décelable par le médecin, consultez un psychothérapeute dans un Centre de guidance infantile, ou en dispensaire.

• Psychothérapie analytique, afin que l'origine psychologique de l'insomnie soit trouvée. Et souvent, l'enfant reprend confiance en son sommeil parce qu'une tierce personne, étrangère à la famille, va lui rendre sensible la signification inconsciente de son sommeil perturbé.

• Eventuellement, thérapie familiale, si l'insomnie est significative d'une difficulté qui vous concerne aussi.

INSTABILITÉ

Elle gigote comme un ver.

Le terme « instabilité » est très utilisé par les enseignants lorsqu'ils constatent qu'un élève *épuise* la classe en ne restant pas en place, et que les parents confirment le fait que leur enfant a la bougeotte. C'est alors qu'ils consultent.

On nous précise souvent que « l'instable » a des difficultés à accomplir une tâche jusqu'au bout, à fixer son attention sur une activité précise...

L'aspect positif du « papillonage », vers 2-3 ans, réside dans le fait que l'enfant, avide de découvertes, satisfait sa curiosité.

Certains enfants, dont la motricité particulièrement bien développée exprime la recherche d'expériences nouvelles, ne doivent pas être confondus avec les « instables ».

L'exiguïté, les exigences de la vie collective, le manque d'espaces verts dans les villes, ne font que renforcer l'écart entre le besoin de bouger et l'intolérance des institutions, et même des parents. En raison du caractère subjectif des appréciations se rapportant à ce type d'enfant, il convient de distinguer clairement :

L'instabilité physique

L'enfant court en tous sens, passe brusquement d'une activité à une autre, gigote même assis, témoigne d'un tonus étonnant mais n'est pas réellement maître de cette agitation.

Ce comportement traduit un état d'anxiété* important, ou d'instabilité, qui est souvent associé à des troubles du sommeil*, de l'attention ou de la concentration.

On dit alors de l'instable qu'il est *hyperkinétique*.

L'instabilité psychologique

Liée à un climat de tension dépendant du contexte et dont les causes sont nombreuses (divorce, remariage, traumatisme...), elle traduit un malaise, une inattention, une préoccupation profonde qui vient modifier l'équilibre affectif de l'enfant.

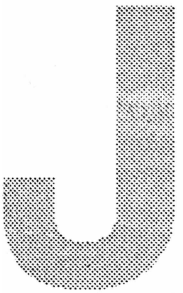
Dans un tel contexte, l'instabilité est l'expression de véritables **défenses** maniaques, c'est-à-dire d'une fuite en avant, destinée à lutter contre une angoisse*.

Le psychologue peut faire passer à l'enfant une batterie de tests, mais son objectif est surtout de comprendre la signification de cette instabilité à laquelle l'enfant est en proie.

La pratique d'un sport intensif, associée à un suivi psychothérapique, permet de soulager l'entourage, de saisir l'origine du trouble et d'apaiser l'enfant.

TRAITEMENT :

• Relaxation, yoga, arts martiaux et thérapie analytique font sur ce point bon ménage : ils se complètent.



JALOUSIE

L'arrivée du second.

L'arrivée du second enfant, cela signifie pour l'aîné qu'il risque, dorénavant, d'être le deuxième en tout. Mais, en fait, tout dépend des circonstances.

Pendant votre grossesse

L'attente du second se passe rarement comme celle du premier enfant. Pourquoi ? Parce que l'aîné(e) va vivre la grossesse avec son père et sa mère dès qu'il sera au courant. Donc, ne pas chuchoter la nouvelle, mais informer l'aîné(e) clairement ; qu'on lui dise ce qui va se passer, qu'on le mette dans la confidence, qu'on l'aide à comprendre les raisons de ce ventre arrondi, de ces fatigues nouvelles de sa maman, de cette excitation familiale et des transformations dans la maison.

L'information doit venir de vous. Les enfants curieux aiment savoir ce qui se trame et participer aux événements de la vie qui vous concerne.

Annoncer la nouvelle à l'aîné, éviter les cachoteries, permet d'émousser l'inquiétude liée aux changements qui ne manqueront pas de survenir.

Mais ne tombez pas dans l'excès inverse, consistant à parler sans arrêt du futur bébé, en donnant maints détails intimes que votre enfant n'est pas forcément désireux d'entendre. Parler avec lui de cette future naissance, répondre à ses questions, ne signifie pas que l'aîné(e) saisira tout exactement. Par exemple, une petite fille recommandait à sa maman enceinte : « Mange pas trop vite, maman, le bébé peut pas mâcher ! »

Les enfants se représentent les choses à leur façon. Tel ce petit garçon de 4 ans, expliquant à un ami de son âge : « Le cordon-bilical, c'est pour que le bébé se sauve pas. » Interprétation très personnelle de ce que l'on avait dû tenter de lui expliquer... Aussi, faisons attention aux mots que nous utilisons devant eux : une fillette de 5 ans fut effrayée, ayant entendu son père dire que sa femme avait « perdu les eaux ». « Perdu les os » ? s'inquiéta-t-elle, en croyant sa maman désossée.

Qu'un aîné montre ses réticences ou son opposition avant et après la naissance est essentiel ; celui qui n'arrive pas à exprimer ses sentiments de jalousie risque de devenir bougon, de ne plus vouloir s'éloigner de sa maman, de se remettre à faire pipi au lit*, de refuser de manger*, d'obtenir des notes catastrophiques à l'école, d'avoir un sommeil* agité, etc...

Les manifestations de jalousie camouflée sont nombreuses, et les **régressions** assez banales.

La naissance d'un nouveau-né n'a rien de traumatisant quand l'enfant est mis dans la confidence et informé des éventuelles séparations prochaines : hospitalisations en cours de grossesse ou/et, de toute façon, au moment de l'accouchement.

La jalousie s'atténue si l'aîné sait qui va s'occuper de lui jusqu'au retour de sa mère. Une bonne solution consiste à le laisser chez lui, dans son cadre familier, avec une personne qu'il aime bien (grand-mère, tante, voisine, ou une baby-sitter qu'il connaît, pour ne pas changer ses habitudes). Il verra que *son territoire* n'est pas envahi par *l'autre* pendant son absence.

Le faire participer à l'accueil du puîné peut jouer favorablement dans la relation ultérieure entre frères et soeurs.

Le père pourra prendre quelques jours de congé... l'arrivée du bébé en présence de l'aîné vaut bien quelques dérangements...

Pendant le séjour à la maternité

Si la solution du maintien de l'aîné à la maison est impossible, emportez ses vêtements et ses jouets favoris chez la personne qui va l'accueillir. Donnez-lui un objet (gant, foulard...) qui vous appartient, pour qu'il garde avec lui une petite part de vous-même. Que son papa passe le voir tous les jours et que, si c'est possible, vous lui téléphoniez de temps en temps.

L'idéal serait que, pendant votre absence, votre mari sorte avec son *grand,* l'emmène au cinéma, au restaurant, qu'ils fassent la fête ensemble.

Cependant, certaines maternités acceptent maintenant les visites des frères et soeurs. Alors, s'il le désire, il pourra peut-être voir sa maman et le bébé.

Une marque touchante d'attention de la maman consiste à offrir à l'aîné — de la part du nouveau-né — un petit cadeau : une complicité est ainsi créée. Le présent est une façon de signifier que le bébé ne vient pas tout lui prendre, puisqu'il commence par lui apporter le jouet qu'il désirait, et cela est agréable même si votre « grand », au fond de lui, n'est pas dupe.

Après la naissance

L'arrivée du second provoque malgré tout des réactions parfois vives ; en rentrant de la maternité, la mère est souvent dépassée par les événements. Au surplus de travail et de préoccupations s'ajoutent les réactions de l'aîné, qui devient capricieux, irritable, et fait plus de bêtises qu'à l'ordinaire.

La jalousie s'exprime différemment selon l'âge :

— *entre un et deux ans* : il ne possède pas tout le vocabulaire qui lui permettrait d'exprimer ce qu'il ressent, il va donc le montrer par des comportements variés, tels que troubles du sommeil, perte d'appétit, plaintes de toutes sortes destinées à justifier son refus de se voir supplanté.

Bien que vous lui consacriez du temps, comme vous le faisiez avant l'arrivée du second, l'aîné peut devenir geignard* et désagréable. Les grands-parents peuvent être mis à contribution pour l'aider à comprendre que vous allez vivre désormais tous les quatre ensemble. En fait, les tout-petits comprennent beaucoup plus de choses que nous ne le pensons, et les explications les rassurent.

— *après deux ans* : votre enfant parle, exprime sa surprise, son mécontentement, voire sa fureur ; et s'il lui arrive de faire pipi dans sa culotte, ne lui mettez pas des couches comme au bébé, en tout cas pas systématiquement : cela renforce les attitudes **régressives ;** s'il zézaye* ou babille comme un nouveau-né, exige un biberon ou veut manger de la bouillie, laissez-le faire : mais qu'il ait son propre biberon, pas celui du dernier né.

Les parents doivent se montrer patients avec le « grand », et lui accorder les privilèges que suppose sa position d'aîné : dîner avec vous, aller au cinéma, etc.

Peuvent apparaître également :

— l'envie de pouponner, de faire comme « les grands » : apprentissage de la tendresse qu'il est bon d'encourager ;

— le besoin de se sentir responsable, de cajoler, de surveiller le plus petit comme s'il était un peu le sien. Mais sur ce point, soyez clair : ce n'est pas *son bébé* mais son petit frère ou sa petite soeur ; c'est le bébé né de sa mère et de son père ;

— le désir de dévaloriser : « Beurk ! dit une fillette. Il est tout pelé, tout épluché. Il est sale et moche ! »

Acceptez que la rivalité s'exprime par des mots. La jalousie est un sentiment normal, plus ou moins apparent, mais essentiel. Partager

ne va pas de soi. De plus, pouvoir exprimer sa jalousie permet de désamorcer l'**agressivité** que cache souvent la gentillesse étalée.

L'enfant n'a pas à avoir honte de sa jalousie ; les parents n'ont pas à se sentir coupables d'aimer. D'ailleurs, se chamailler fait partie des difficultés de la vie. Notre existence est faite de renoncements qui nous aident à conquérir les choses que nous désirons ; la jalousie est un moteur formidable pour utiliser le meilleur de soi-même.

Surtout, n'obligez pas l'aîné à s'extasier sur le nourrisson (Regarde comme il est mignon... n'est-ce pas qu'il est beau ? Embrasse-le...). Laissez-lui le temps de l'apprécier par lui-même, tout en sachant que les petits bébés intéressent plutôt les grandes personnes.

Mais attention : votre aîné peut avoir des mouvements brusques, dangereux pour le puîné : protégez votre bébé et soyez fermes : signifiez sans équivoque qu'il est hors de question de lui faire du mal.

Racontez à l'aîné comment vous vous occupiez de lui bébé... que lui reviennent en mémoire les moments où il jouissait du traitement de faveur réservé aux tout-petits. Qu'il sache qu'à l'arrivée de chaque enfant, le coeur des parents est toujours aussi plein d'amour et d'attention.

Et cela, même l'enfant jaloux ne l'oubliera jamais.

TRAITEMENT :

La jalousie intense, maladive et persistante d'aînés belliqueux ou, au contraire, abattus, justifie une psychothérapie analytique.

LAIDEUR

Les chirurgiens de Narcisse.

Avant et après toute intervention de chirurgie esthétique l'enfant doit avoir la parole. Qu'il explique pourquoi il se sent laid avec ce nez busqué, cette tache de vin, cette cicatrice, ses oreilles décollées...

Dans le dialogue apparaissent généralement quatre situations types :

— 1. l'enfant, malheureux, se trouve laid ; ses parents et ses amis en conviennent.

Vers 4-5 ans, les enfants voient les autres se moquer de leurs oreilles en feuilles de chou, d'une vilaine cicatrice, ou de quelqu'autre disgrâce physique.

La chirurgie esthétique n'étant plus réservée aux adultes, une opération peut être envisagée, à un moment opportun pour tous, et qui sera fixé aussi par le chirurgien ;

— 2. l'enfant complexé, qui se trouve laid, s'obnubile sur tel « défaut » qui, en réalité, n'inquiète personne. Restez prudents vous aussi ; pensez que les oreilles décollées de Serge Gainsbourg ou de Louis Leprince-Ringuet n'ont nullement gêné leur succès respectif ;

— 3. les parents sont gênés, pas l'enfant : là aussi, prudence, la notion de disgrâce est subjective.

Certains parents ne demandent pas l'avis de leur enfant ; d'autres exercent sur lui une pression intimidante pour obtenir son accord.

Si, après l'opération, l'enfant confronté à son nouveau visage ne s'aime pas, c'est la catastrophe !

— 4. l'enfant en est à sa deuxième, voire à sa troisième intervention chirurgicale : des problèmes de « **schéma corporel** » sont sous-jacents. Dans ce cas, un dialogue soignant-soigné s'impose.

Quel est, en effet, le degré de réalité objective de la « laideur » ? Le visage, avec ses singularités, exprime la personnalité profonde d'un enfant.

Le conte de *Riquet à la Houppe* (de Charles Perrault) est éloquent : « Ce prince si laid et si mal fait, dit l'auteur, qu'on douta longtemps s'il avait forme humaine », dit à la princesse qu'il aimait qu'elle avait le pouvoir de faire de lui « le plus séduisant des hommes. Cela se fera, dit Riquet, si vous m'aimez assez pour souhaiter que cela soit. »

Nous savons la suite : « La princesse n'eut pas plus tôt prononcé ces

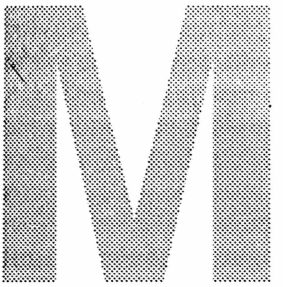
paroles que Riquet parut à ses yeux l'homme le plus beau du monde. Et, conclut l'auteur, d'aucuns assurent que ce ne furent point les charmes de la fée qui opérèrent, mais que seul l'amour fit cette métamorphose. »

Les parents sont toujours les mieux placés pour atténuer les conséquences psychologiques d'une disgrâce. Certains par leur tact, la délicatesse de leurs propos, permettent à l'enfant d'assumer ses « défauts » physiques, et même parfois de les utiliser. C'est ce qu'explique Sim dans *Elle est chouette ma gueule*. Cela est d'autant plus précieux que, pour les cicatrices par exemple, l'amélioration esthétique est, de l'avis des grands spécialistes, parfois difficilement prévisible.

Notons pour finir que l'obsession de la laideur peut être le fait du **déplacement** d'une inquiétude qui concerne l'appartenance sexuelle : une fille qui refuse d'être fille, par exemple, ou un garçon mal dans sa peau de garçon.

TRAITEMENT :

• Dans le cas où l'impression de laideur est totalement injustifiée, une thérapie analytique permettra d'appréhender l'enjeu inconscient de ce qui peut apparaître comme un trouble du « **schéma corporel** ».



MANIPULATION AFFECTIVE

L'exploitation des désaccords.

Quand des parents se disputent à propos de leur enfant, il n'est pas rare que ce dernier tente d'en jouer, qu'il s'insinue malicieusement dans les contradictions et exploite les désaccords.

Les petits, dès quatre ou cinq ans, trouvent parfois maintes astuces pour culpabiliser l'un ou l'autre de leurs parents, sachant que si l'un refuse un cadeau ou une sortie, l'autre finira par céder.

La manipulation par les enfants a parfois d'ailleurs, comme point de départ, la manipulation respective des parents entre eux, dont certains règlent leurs comptes à travers l'enfant, ou cèdent pour avoir la paix.

L'enfant, cause de disputes

Les enfants se glissent dans les contradictions du couple parental avec d'autant plus de facilité que celui-ci est fragile.

Voici trois raisons pour lesquelles un enfant peut mettre de l'huile sur le feu :

— 1. il teste la capacité de ses parents à surmonter leurs conflits, leur cohérence, leur maturité. Ce n'est pas par *perversité* qu'il agit ainsi, mais par désir de colmater une faille, ou par besoin de *faire monter les enchères,* d'évaluer la « cote d'amour », de susciter passion et jalousie à son égard ;

— 2. il cherche des *limites,* essaie de repousser le seuil de tolérance des parents afin de savoir lequel a le plus d'autorité dans le couple, ou, si l'on veut, quelles sont les limites de la fonction d'un père, d'une mère. Ainsi, ce garçon de quatre ans, très fin dans l'art d'utiliser à son profit les désaccords, demandait à son père : « Et pourquoi c'est toi le papa ? Pourquoi c'est pas moi ? »

— 3. certains enfants désirent secrètement que leurs parents se battent pour eux ; sans s'en rendre compte, ils sont susceptibles de « monter » père et mère l'un contre l'autre, d'y mêler grands-parents, oncles et tantes, etc., persuadés qu'ils sont que celui qui cède est nécessairement celui qui les aime le plus.

Dans une jolie pièce intitulée *La Dispute,* Marivaux a montré le

caractère narcissique* qui conduit les gens à susciter des différends prémédités.

Alliances et pièges

Disputes, manipulations, chantages peuvent être provoqués par un désaccord profond sur la manière d'élever les enfants. Querelles violentes, occasionnelles ou répétitives, crises, insultes, gifles et cris viennent à la place d'un dialogue franc et vigoureux.

En l'absence de paroles censées, le dialogue dégénère ou est interrompu par une porte claquée.

Un compromis n'est pas une alliance avec l'un contre l'autre, mais le résultat d'une discussion fructueuse conduisant à un terrain d'entente, hors de tout chantage.

Aux parents donc de trouver la solution, entendez le consensus raisonnable destiné à éviter les tiraillements. En cas de crise, hélas, certains parents sont plus *enfants* que leurs propres enfants : ainsi ces pères qui, surtout lors d'un divorce, achètent illico tout ce que demande l'enfant et que lui refuse la mère (ou inversement), dans le but d'avoir le sentiment d'être le meilleur...

Les enfants manipulent quand on les manipule. Cela dit, toute alliance n'est pas un chantage. Dans d'autres familles, des « coalitions » se font sentir : telle grand-mère donnera raison à sa petite-fille, telle aînée prendra le parti du père, etc. Ces alliances sont exploitables avec un bon esprit si les parents ne se montrent pas jaloux. Aucune alliance n'est définitivement figée. C'est une bonne chose, sinon l'enfant comprend et utilise le « système ». Normal donc que les avis divergent dans la famille, sans conduire au drame. Et l'enfant n'a pas envie de se trouver sans cesse face au bloc parental.

Quand le père et la mère sont toujours absolument d'accord sur tout, ce n'est pas non plus facile à vivre pour l'enfant ; il risque d'avoir le sentiment (bien trompeur) que ses parents sont une seule et même personne, ou qu'ils souhaitent exactement la même chose au même moment.

A l'inverse, les désaccords systématiques conduisent aux querelles incessantes et à la manipulation parfois tragique des uns ou des autres. Concrètement, il ne faut ni blocs immuables, ni zizanie permanente.

Comment s'y prendre ?

En sachant déjà soi-même ce que l'on veut *vraiment*. Combien ai-je vu de mères, « partagées », affirmant d'une manière fallacieuse le

contraire de ce qu'elles souhaitaient... Combien de père hésitants, *voulant sans vouloir,* comme dit saint Augustin, empêtrés dans des désirs complexes, obscurs...

Tout enfant sent quand on hésite à lui interdire quelque chose (la conviction est absente) et peut exploiter le doute à son profit. Aussi faut-il maintenir, même en cas de crise, une vraie cohérence au sein du couple. Se mettre d'accord et respecter cet accord, que l'un des parents ne sape pas — parce que cela l'arrange — les efforts que fait l'autre pour être entendu.

Notre responsabilité de parents consiste à respecter ce principe de cohérence. Tenir parole, c'est accorder nos pensées avec nos sentiments, nos décisions avec nos actes. Les enfants éprouvent un plaisir à nous manipuler, lorsqu'ils ne peuvent faire autrement. Mais ils préfèrent que nous tenions parole.

TRAITEMENT :

• Thérapie familiale ou psychothérapie analytique, dans les cas où la manipulation devient perverse.

MASOCHISME

« Johnny, fais-moi mal ! »

Certains enfants, dociles et soumis, éprouvent maintes difficultés à exprimer colère ou rivalité et se mettent dans des situations où ils vont être l'objet d'agressions.

Leur position masochiste peut même les conduire à des attitudes auto-**agressives** comme se mordre soi-même, se punir, s'arranger pour se faire punir, etc.

Un enfant qui se fait du mal est un enfant qui, initialement, désirait se venger de quelqu'un qui l'a puni ou frustré* et qui, par crainte de représailles (réelles ou imaginaires), retourne son agressivité contre lui-même, c'est-à-dire s'inflige la douleur pour se punir d'avoir de « mauvaises » pensées.

Des spécialistes ont mis l'accent sur le plaisir que tire l'enfant de telles situations. On a parlé d'*érotisation masochiste de la souffrance.*

Restons néanmoins prudents quant à cette supposée « jouissance dans la douleur »... L'enfant jouit plus du fait que l'on s'occupe de lui, que de la douleur elle-même.

Il est plus important à nos yeux d'empêcher un enfant de se faire du mal, de l'autoriser à exprimer par des cris et des colères la fureur, la rancœur qu'il voudrait extérioriser.

Aucun nourrisson ne désire spontanément se faire du mal. Les attitudes masochistes dépendent surtout des réactions parentales.

Le masochisme peut aller très loin. Il y a des enfants qui se mordent ou se blessent de façon irrépressible, systématique, comme s'ils étaient poussés malgré eux à se conduire ainsi. Ces formes d'auto-agression, surtout associées à des troubles affectifs importants, n'ont rien de particulièrement « jouissif » ; elles conduisent à des atteintes graves, liées à l'inconscience des limites du corps (voir **schéma corporel**).

Les enfants silencieux, dont les yeux ne se posent sur rien, se conduisent ainsi en donnant l'impression de ne pas percevoir la douleur (voir autisme*).

Certains s'arrachent les cheveux par touffes, d'autres se mordent jusqu'au sang, se heurtent contre le sol, se donnent des coups.

Curieuse réponse à quelque frustration*, ou appel destiné à solliciter l'entourage...

Les attitudes masochistes doivent alerter les parents.

Il existe aussi ce qu'on appelle le *masochisme moral,* concernant notamment des adolescents qui se mettent dans des situations vouées à l'échec, où ils sont rejetés, et qui se complaisent à vivre des histoires amoureuses ratées d'emblée.

Plus généralement, l'adolescent en proie à des attitudes de retournement de l'agressivité contre soi doit consulter et entreprendre un traitement psychothérapique suivi, avant qu'il n'en vienne aux tentatives de suicide*, ou ne se mette *involontairement* en danger physique (voir accidentropisme*).

En effet, le masochisme est souvent une forme de sadisme* retourné contre soi ; il est alors destiné à punir la partie du **Moi identifiée** à la personne dont l'enfant ou l'adolescent désire « se venger ». On retrouve fréquemment des conduites masochistes chez les enfants souffrant de carences*, chez ceux qui sont placés en institution et chez ceux qui, en général, sont coupés du milieu familial.

TRAITEMENT :

- Thérapie analytique.
- Entraînement à l'Affirmation de Soi.
- Analyse transactionnelle et Gestalt-thérapie.

MEGACÔLON

Constipations d'origine psychologique.

Le mégacôlon fonctionnel est un trouble du transit intestinal (parfois du sphincter anal) dont l'origine n'est pas purement physiologique.

Si l'enfant est fréquemment constipé*, il faut certes consulter un médecin ; mais certaines constipations répétées sont liées non à un rétrécissement rectal congénital mais aux rapports émotionnels qu'un enfant entretient inconsciemment avec ses selles et qui peuvent tenir dans sa pensée une place plus importante qu'on ne l'imagine.

Le mégacôlon fonctionnel survient parfois chez le tout-petit au cours du second semestre.

Il faut détecter ce trouble s'il persiste, le traiter, et apaiser les parents qui se montrent inquiets.

Certains enfants se retiennent exprès, secrètement, et tirent un subtil plaisir à conserver en eux des excréments qui, dans leur imagination, aussi bizarre que cela paraisse, représentent **symboliquement** un cadeau, une partie de soi, ou un bébé imaginaire.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique, l'objectif étant de libérer l'enfant des **fantasmes** et des représentations mentales sous-jacentes à cette constipation sévère. Cela, bien sûr, après avoir traité le symptôme au plus vite sur le plan médical.

MENSONGE

Les affres du baratineur.[1]

Le mensonge, chez l'enfant comme chez l'adulte, *sert* à quelque chose, et il est important de comprendre les fonctions conscientes et inconscientes qu'il remplit.

A l'antenne, nous avons plusieurs fois distingué :

1. *le mensonge à des fins d'évitement,* évitement d'une punition le plus souvent. Mentir sert à se protéger, et tout le problème est de savoir de quoi. Ainsi, certains enfants dissimulent leur carnet de notes, par crainte de la fureur parentale (coups, punitions...).

1. Voir aussi "Le monde secret des adolescents" (chap. *Questions d'éducation*)

D'autres le falsifient, imitent la signature des parents... Il en est qui veulent éviter de perdre la face vis à vis de leurs amis.

« N'est-il pas des circonstances — écrit Platon dans *La République* — où le mensonge perd ce qu'il a d'odieux, parce qu'il devient utile ? » Idée reprise par saint Augustin dans son *De Mendacio*.

2. *le mensonge à des fins de compensation.*

Certains enfants se sentent coupables de quelque chose, d'autres ont honte d'eux-mêmes ou de leurs parents. Ils mentent pour embellir l'image médiocre qui s'impose à eux. Classiquement, ils s'attribuent des faits qui sortent de l'ordinaire, des qualités remarquables qu'ils n'ont pas, et cherchent à tirer avantage d'une situation, à magnifier un événement banal, etc.

Ces mensonges ont peu de choses à voir avec la mythomanie*, qui est une fabulation analogue au rêve.

Il n'est évidemment pas normal de mentir sans arrêt. Mais condamner le menteur sans chercher à comprendre n'a aucun intérêt. Car, parfois, les jeunes menteurs ne font que copier les adultes ; d'où la nécessité, pour les parents, de ne pas mentir, pour donner l'exemple.

Trop d'adultes en effet mentent aux enfants, puis s'étonnent que ces derniers « truquent » la réalité...

Il est compréhensible que quelqu'un, petit ou grand, dissimule certaines choses pour s'éviter des désagréments, mais il n'est pas acceptable que le mensonge soit le mode unique et permanent de la communication en famille.

On ne naît pas menteur. Savoir si un enfant le deviendra, ou non, dépend de l'attitude des adultes de son entourage.

On doit pouvoir tolérer, chez les moins de 6 ans, la possibilité de ne pas tout dire (mensonge par omission), mais après 7 ans il ne faut pas banaliser le mensonge :

— éviter d'être crédule ou de feindre de l'être ;

— ne pas sous-estimer le leurre et les tromperies systématiques ;

— à l'inverse, éviter d'être inquisiteur, de vouloir connaître tous les petits secrets, car la grande sévérité coince l'enfant en l'obligeant à commettre des mensonges en cascade...

TRAITEMENT :

Il faut pouvoir de façon opportune confronter l'enfant ou l'adolescent à la fausseté de ses propos.

Oser dire qu'on ne le croit pas. L'idéal est de créer en famille un climat de confiance qui rende le mensonge inutile.

• L'entraînement à l'Affirmation de Soi est une technique reposant sur la franchise, l'expression de ses sentiments et de ses droits ; elle donne au menteur la possibilité intérieure de cesser de se leurrer lui-même et de tromper les autres.

• La Gestalt-thérapie et l'Analyse transactionnelle aussi.

MÉRYCISME

Vomissements d'origine psychologique.

Laissons de côté les « renvois » ou les simples régurgitations fréquentes chez le nourrisson en proie à des troubles qu'il appartient au médecin de traiter. Infections, déshydratation, anomalie physiologique de type plicature de l'estomac, malformation cardio-tubérositaire, peuvent être à l'origine de vomissements.

Parlons des vomissements dont la cause est émotionnelle et le ressort, affectif. Ceux, notamment, qui précèdent ou suivent une crise d'anorexie* significative d'une vive contrariété ou d'un conflit larvé mère-enfant.

Ceux dont il est clair qu'ils sont provoqués par un effort intentionnel : notamment quand l'enfant mâchonne indéfiniment des morceaux de nourriture qu'il est prié d'avaler. Parfois, une grande partie de ce qu'il a mangé se trouve régurgité pour contrer le désir de sa mère.

Ce que l'on nomme le mérycisme n'est pas dû à un trouble fonctionnel décelable, mais succède à une sorte de rumination caractéristique d'un **conflit** affectif massif que l'enfant ne peut exprimer autrement.

Le mérycisme surgit surtout entre 3 et 6 mois. Le tout-petit reste souvent immobile, figé, les yeux hagards.

On dit classiquement que ces vomissements sont la manifestation d'une *carence* maternelle* ; que les mères ont des relations affectives perturbées.

L'ennui, c'est que l'on dit cela également des mères d'enfants psychotiques*, autistes*, d'enfants fugueurs* ou qui ont des problèmes psycho-somatiques divers. Quoi qu'il en soit, selon la tradition freudienne, les mères endossent la responsabilité d'un peu tout quand ça va mal...

Il est vrai que ce genre de vomissement traduit un malaise qui apparaît rarement quand la relation parents-enfant est chaleureuse et confiante.

Après avoir pratiqué des psychanalyses d'enfants, des spécialistes ont avancé l'hypothèse selon laquelle le mérycisme serait lié chez cer-

tains enfants à une sorte de plaisir **auto-érotique** inconscient, les aliments passant et repassant pas l'œsophage...

On a dit aussi que ces vomissements seraient une réponse à l'**agressivité** inconsciente de la mère, voire à ses désirs de mort à l'égard de son bébé.

Enfin, ce pourrait être la traduction physiologique du refus de toute **dépendance** par rapport à la mère.

Face à toutes ces suppositions, nous retiendrons :

1. que l'émotivité et les contrariétés peuvent déclencher des vomissements ;
2. que ces symptômes disparaissent quand la mère se montre tendre et patiente, mais aussi quand elle n'intervient pas du tout (ce qui est contradictoire), ou lorsque l'enfant peut exprimer autrement (par des mots) ses décharges émotionnelles.

Il y a en fait une explication différente et valable pour chaque enfant.

Le mieux est de consulter un psychothérapeute, après le médecin de famille, bien entendu.

TRAITEMENT :

• Thérapie familiale • Thérapie mère-enfant. • Psychanalyse d'enfant.

MUTISME

Bouderie, ou histoire sans paroles ?

Un enfant mutique est un enfant qui cesse involontairement de parler, alors qu'il a acquis la parole. Ce phénomène est souvent associé à d'autres troubles.

Vers l'âge de 4-5 ans, les troubles associés sont :

1. un repliement massif et brutal sur soi-même, un isolement inexplicable ;
2. des troubles de la personnalité, entraînant des difficultés, ou au moins une régression du langage ;
3. des attitudes étranges, des dysfonctionnements qui peuvent durer un ou deux ans, parfois plus.

Origine du mutisme

L'arrêt de la parole survient, comme dans certaines formes d'aphasie*, après un choc affectif important.

En tant que trouble émotionnel, le mutisme peut succéder à une période de bégaiement*.

Il peut enfin être lié, d'une façon réactionnelle, à un conflit au sein du milieu familial ou scolaire, donc résulter de problèmes relationnels majeurs.

Ne pas confondre mutisme et « secrètude ». La secrétude est une qualité consistant à conserver pour soi-même un secret, une belle histoire sans paroles.

Bouderies

Ce versant « caractériel »* de l'interruption de la parole fait souvent suite à une frustration*, à une attitude colérique liée à de l'entêtement.

Le mutisme peut être durable et concerne tout le monde. La bouderie est élective. L'enfant parle à certaines personnes et pas à d'autres ; il peut être mutique à la maison, loquace à l'école...

La réponse au problème de l'interruption de parole dépend du contexte.

L'enfant boudeur ravale sa colère et *décide,* d'une façon plus ou moins prolongée, de ne plus adresser un mot à tel ou tel ; il se venge par le silence au lieu de répliquer, de crier, d'exprimer ses sentiments : parfois il redoute d'être puni ou de blesser ceux qu'il aime. En outre, le mutisme de certains enfants renvoie au silence des parents sur un fait important de leur histoire qui concerne, aussi, l'histoire de l'enfant.

Ne laissez pas votre enfant s'installer dans un comportement de « boudeur » ; cela peut devenir un trait de caractère, une cuirasse **narcissique** permanente.

La bouderie — qui peut aussi être l'imitation du comportement de l'un des parents — est infiniment moins grave que le mutisme ; néanmoins certains adultes cessent parfois complètement de communiquer entre eux, du jour au lendemain, sur un coup de tête. C'est un signe de rigidité mentale liée au narcissisme* (« L'autre viendra s'excuser et m'adresser la parole le premier... Je ne ferai pas le permier pas », se dit le boudeur).

En fait, ce qu'il pense vraiment, c'est : « Les autres sont **égoïstes,** ils ne s'occupent pas de moi ! »

TRAITEMENT :

• Psychodrame, thérapie d'approche paradoxale, analyse transactionnelle et entraînement à la Communication sociale s'avèrent efficaces.

MYTHOMANIE

Elle ne raconte que des « histoires ».

Fabuler n'est pas mentir*. Certains enfants, sans aucune intention malveillante, s'inventent un père ministre, des vacances à Tahiti, un dîner chez une star...

Pour eux, les histoires à dormir debout ne sont qu'un jeu destiné à provoquer *un effet* qui sera source de plaisir.

Raconter n'importe quoi, ce n'est pas une manipulation* perfide destinée à tromper. Le mythomane sait néanmoins qu'il trompe. Son coup de « bluff » sert à :

— épater les camarades,
— intriguer les parents,
— étonner l'entourage,
— se faire admirer, avoir l'impression de dominer les autres etc.

Beaucoup d'enfants s'inventent une vie magique, se créent d'autres parents, une famille plus valorisante, un passé différent constituant un véritable **roman familial,** jouent avec les contes et les légendes, s'imaginent héros d'une histoire fantastique, brodent à partir d'événements souvent réels.

Certains de ces enfants deviendront poètes, romanciers, s'ils ont le talent de Grimm, Poe, Jules Verne, ou celui de Boris Vian qui écrit dans sa préface de *L'Arrache-coeur* : « Cette histoire est vraie parce que je l'ai complètement inventée. »

Les enfants inventifs s'évadent volontiers du monde réel en « arrangeant » leurs souvenirs auxquels ils mêlent les événements des vies d'emprunt dont ils sont les héros.

Certains fabulent en silence d'incroyables odyssées dont ils sont à la fois metteurs en scène et acteurs. Une manière bien à eux de rêver et de maîtriser le monde en imagination.

Le mythomane de moins de 7 ans a la passion du scénario. Un scénario qui met en scène, comme dans un rêve, ce qu'il désire : évidemment, le rêve se mêle à la réalité, mais ce n'est grave que s'il y croit vraiment.

Qu'exprime le mythomane :

1. le besoin de se valoriser, de se faire remarquer, de se singulariser aux yeux des autres. C'est la soif d'être aimé et un manque de confiance en soi qui poussent l'enfant à raconter des « cracs » ;
2. le désir de s'inventer un personnage, de se dissimuler derrière un masque comme le font certains adultes.

Certains enfants ont honte de leurs parents ; honte d'avoir un père faible : ils s'en inventent un « dur ». Ceux qui n'ont pas pu partir en vacances s'imaginent un voyage fabuleux... Les timides affirmeront qu'une « idole » de la chanson leur a téléphoné...

Les mythomanes se font *leur cinéma* ; ils s'inventent une vie à leur goût : triste revanche sur la réalité.

Après 7 ans l'enfant ment à dessein ; ses pensées ne sont plus mêlées au rêve comme avant, et ses fabulations sont de mauvais augure si elles passent la limite du vraisemblable et se multiplient en devenant envahissantes.

Il ne s'agit plus alors d'un simple jeu imaginatif, mais d'une distorsion, d'un maquillage insistant, permanent, de la réalité, systématiquement enjolivée, arrangée.

Cette attitude irréaliste est néfaste à l'acquisition du *sens de la Réalité*. Handicapante aussi, parce que les relations que le mythomane entretient avec autrui sont systématiquement faussées : il n'est plus crédible auprès de ses parents et amis : on ne lui fait plus confiance, il passe pour un mariole.

Inutile de faire comme si l'on n'avait rien remarqué. Il est important, au contraire, de dire à l'enfant qui raconte des sornettes (et finit par y croire) que personne ne le croit.

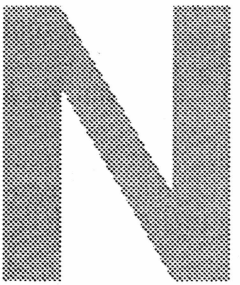
Même s'il a besoin de ses mensonges pour supporter son existence, lui donner le sens de la réalité est aussi important que de comprendre pourquoi il « baratine » à tout bout de champ, brode, invente une autre vie que la sienne ; aussi important que de saisir la raison pour laquelle il a besoin de fuir sa réalité.

Pas question de cautionner le mythomane : ce n'est pas un service à lui rendre ; la mythomanie, surtout à l'adolescence, doit être prise au sérieux. Les enfants ont besoin qu'on les aide à accepter ce qui existe, qu'on les aide à reprendre confiance en eux. Qu'on valorise les qualités *réelles* qu'ils possèdent afin qu'ils n'éprouvent pas le besoin de tout recréer par la fabulation.

La vie compte une part de rêve, mais elle n'est pas franchement tendre pour ceux qui on sont prisonniers.

TRAITEMENT :

- Psychothérapie analytique après 7 ans, si le comportement persiste.
- Psychothérapie confrontative de type Gestalt.
- Approche paradoxale ou Analyse transactionnelle.



NANISME

Les formes d'origine psycho-sociale.

Certains retards de croissance chez l'enfant sont dus à des troubles divers allant de l'anorexie* du nourrisson à la maigreur typique des enfants carencés*.

On parle de « nanisme psycho-social » quand la croissance est entravée par des facteurs émotionnels, affectifs ou psychologiques susceptibles d'agir sur le système hormonal et le centre hypothalamo-hypophysaire. Dans le film *Le Tambour,* par exemple, nous voyons un jeune garçon traumatisé, qui reste nain à cause de son inconscient refus de grandir.

Il y a des enfants maltraités, ou vivant dans des familles où règnent haine et discorde, qui présentent parfois des retards importants de la maturation osseuse, au point qu'une séparation d'avec le milieu familial s'avère l'unique moyen de rattraper ce retard de croissance.

Selon le docteur Ginette Raimbault, cette forme de nanisme peut être le résultat d'un « lien haineux particulièrement intense unissant mère et enfant »... Un lien très conflictualisé, dirions-nous plus prudemment.

TRAITEMENT :

Les carences affectives ont des effets sur le système neuro-endocrinien. La séparation d'avec la famille — surtout si celle-ci s'avère rejetante —, associée à un traitement hormonal adéquat, permet de faire disparaître ce trouble, c'est-à-dire de reprendre une croissance normale.

Il faut intervenir efficacement et vite pour que le retard ne laisse aucune trace.

• Thérapie analytique si possible.

NARCISSISME

« Miroir, mon beau miroir ».

Rappelons tout d'abord l'origine mythologique du terme : Narcisse, un jeune homme célèbre pour sa beauté, tomba amoureux de sa propre image en se mirant dans l'eau d'une fontaine. Captif de son reflet, s'admirant sans se lasser, il languit et dépérit sur place, jusqu'à en mourir. Une fleur naquit à cet endroit et reçut le nom de narcisse.

La morale de cette légende est que, si l'on s'occupe trop de soi, on oublie les autres et on meurt.

En France, par tradition, on pense que ceux qui se regardent avec complaisance commettent le péché d'orgueil. « Cesse de te regarder ! disent certains parents. Arrête de t'occuper de toi. A force, il va te pousser des oreilles d'âne ! »

Or, il ne faut pas se fier aux apparences, et voici pourquoi :

J'ai reçu en consultation de nombreuses adolescentes dont les parents se plaignaient : « Elle passe son temps à se regarder dans la glace »... En fait, ces jeunes filles manifestaient une inquiétude et souffraient d'importantes *failles narcissiques,* c'est-à-dire de carences*, ou au contraire d'épanchement narcissique. Elles se regardaient surtout pour se rassurer, découvrant leur corps en pleine transformation, scrutant leur visage...

L'une d'elles se trouvait bizarre ; je convoquai la mère et lui fit part des inquiétudes éprouvées par sa fille : « Je crois, dis-je, que l'attitude de Juliette vous agace. Sans doute en rajoute-t-elle volontairement, par provocation*. Mais, au fond d'elle-même, elle doute de son pouvoir de séduction, et s'inquiète à propos de son identité. »

La mère comprit l'au-delà des apparences et changea de comportement, disant à sa fille qu'elle la trouvait jolie, car, en fait, Juliette ne s'aimait pas.

Maintes observations ont confirmé que se regarder dans un miroir n'est pas forcément synonyme d'auto-satisfaction, d'orgueil ou « d'hémorragie narcissique ».

S'observer c'est aussi se chercher, se découvrir, apprendre à se plaire, à être bien dans sa peau.

Certaines adolescentes (des garçons aussi d'ailleurs) sont irritantes par leur manie de se regarder dans les glaces, de contempler leur reflet dans les vitrines, et de sortir à tout bout de champ leur miroir de poche qu'elles trimbalent partout.

A nous de comprendre le sens de ce geste, au-delà des minauderies passagères.

D'autres filles donnent l'impression d'être sûres d'elles alors que le doute les ronge, qu'elles voudraient être différentes de ce qu'elles sont.

Il y a, bien sûr, des filles présomptueuses, **égoïstes,** qui font passer ce qui les concerne personnellement avant tout le reste, aux dépens des autres.

Mais une jeune fille qui s'arrange, se coiffe, se recoiffe, se maquille, change de « look », cherche plutôt à ressembler à l'image qu'elle voudrait offrir aux autres. C'est une bonne chose qu'une adolescente, qui intérieurement se cherche, s'admire en tant que future femme, s'inspire de modèles, d'héroïnes auxquelles elle voudrait ressembler...

S'occuper de son apparence ne veut pas dire être superficielle.

Inversement, négliger son aspect extérieur, fuir les miroirs et tout ce qui honore le narcissisme n'est pas le garant du génie de l'intériorité. C'est parfois même faire preuve de *fausse* modestie.

Il y a des adolescentes qui, souffrant de *failles narcissiques,* refusent leur corps en train de se féminiser. Parfois, naissent alors les conflits mère-fille qui sont vécus comme une rivalité. Or il s'agit d'un malentendu car, aux yeux de la fille, la mère est souvent prise pour modèle. Il est donc normal qu'elle ait envie de ressembler à la femme qu'elle a le plus aimée lorsqu'elle était enfant.

Narcissisme et égoïsme

Le **narcissisme primaire** est aussi fondamental dans la construction d'une personnalité que les fondations et la solidité des murs dans la construction d'une maison.

La « façade » ne peut tenir que si les matériaux sont robustes : face aux ouragans de la vie, l'estime de soi protège contre l'effondrement moral.

Or, le vrai miroir d'un individu, c'est le regard des autres, celui des parents en particulier.

L'image qu'offre une adolescente reflète les facettes d'un monde mélangé :

— le monde auquel appartient son entourage actuel (présent),
— celui dont elle veut faire partie (futur),
— celui qui l'a modelée quand elle était enfant (passé).

Les failles narcissiques sont plus fréquentes que les crises d'hé-

morragie narcissique. De ravissantes jeunes filles se trouvent parfois moches, et se mésestiment. La réalité de leurs traits n'a dès lors plus rien à voir avec ce qu'elles éprouvent.

Cependant, si la passion des miroirs tourne à l'**obsession,** on peut s'en étonner et consulter un psychologue. Mais cette situation est assez rare. Souvent, les jolies filles **subliment** leur narcissisme en faisant de la danse, du cinéma, du théâtre. Et d'ailleurs, le public est généralement plus sévère que n'importe quel miroir. En tout cas, il n'est pas tendre pour les « frimeuses ».

TRAITEMENT :

• Entraînement à l'Affirmation de Soi, ou thérapie analytique pour les failles narcissiques comme pour les cas d'hémorragie narcissique.

NEUROECTODERMOSE

La maladie d'Elephant-man.

Les neuroectodermoses sont des maladies qui ont pratiquement disparu en France, mais qui méritent d'être évoquées pour au moins deux raisons :

1. d'abord parce que le retard intellectuel et affectif, voire l'arriération mentale, qu'elles entraînent affecte la famille dans son ensemble ;
2. parce qu'il est arrivé que certains parents cachent à leurs enfants le fait que ces troubles, à la fois neurologiques et dermatologiques, sont héréditaires, par honte ou par crainte qu'ils ne les transmettent à leur descendance.

Les neuroectodermoses les plus graves, pouvant provoquer des troubles psychologiques importants, sont :

— *la neurofibromatose de Recklinghausen,* qui se manifeste par des atteintes cutanées et des difficultés neurologiques graves ;

— *la maladie de Sturge-Weber,* qui associe la **régression** infantile, la **débilité** mentale, l'épilepsie, et des atteintes de la peau particulièrement impressionnantes ;

— *la sclérose tubéreuse de Bourneville,* qui associe, en outre, toutes sortes de malformations physiques et une atteinte grave du fonctionnement psychique (encéphalopathie).

Ces affections d'origine génétique ou acquises en cours de

grossesse — existent encore dans les pays ou l'échographie n'est pas pratiquée, c'est-à-dire ou l'embryopathie et la fœtopathie n'ont pas disparu (malformations de l'embryon ou du fœtus).

TRAITEMENT :

• Consultation en service spécialisé de Neuro-psychiatrie.

Les interventions chirurgicales, associées à des traitements neurologiques et chimiothérapiques, ne doivent pas exclure une prise en charge psychologique.

NÉVROSES

Dépistage et traitement.

Entendons-nous bien sur les termes.

Certains enfants souffrent d'angoisses*, de symptômes divers, de troubles du comportement. Et pourtant, on ne dira pas qu'ils sont forcément *névrosés*.

Une névrose est une structure mentale dont l'organisation n'apparaît guère avant l'âge de 10 ans.

La plasticité des troubles, leurs variétés, sont telles que seules des *manifestations névrotiques* passagères peuvent être diagnostiquées avant cet âge.

Les *conduites* hystériques*, phobiques* ou **obsessionnelles** sont fréquentes vers les 5-6 ans. Tous les enfants souffrent plus ou moins de peurs, d'angoisses, de craintes irrationnelles, de manies ou de **rites** qui disparaissent à l'adolescence.

Rituels et conduites d'évitement calment même souvent les inquiétudes : ils sont plus ou moins fonctionnels, c'est-à-dire destinés à rassurer l'enfant.

A partir de 10 ans, de vraies névroses peuvent se constituer en un tout solidement charpenté, raison pour laquelle le dépistage des « éléments » névrotiques est essentiel.

Il est donc nécessaire de consulter et d'entreprendre une psychothérapie dans le cas où la névrose absorbe une grande partie de l'énergie mentale d'un enfant. C'est un moyen d'éviter, à l'adolescence, la constitution de névroses d'angoisse, de phobies ou de névroses obsessionnelles.

TRAITEMENT :

• Toutes les psychothérapies, individuelles ou de groupe, ont pour but la disparition des névroses. Certaines ont plus particulièrement pour objet l'élucidation du « sens » de la névrose, d'autres s'attachent plutôt aux changements réels produits.

• Nous renvoyons le lecteur au chapitre présentant les différentes psychothérapies.

NYMPHOMANIE

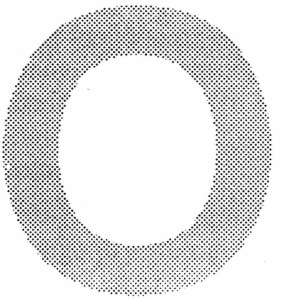
Croqueuse d'hommes...

La nymphomanie (du grec *Numphé*, nymphe, et *mania*, folie) est une manifestation particulièrement débridée et exagérée des désirs sexuels chez certaines jeunes filles qui changent sans arrêt de partenaires.

Ce trouble de la sexualité, que certains croient pervers, souvent lié à une simple névrose* hystérique*, traduit une insatisfaction sentimentale et sexuelle profonde, une instabilité* affective, une fuite en avant pour lutter contre l'isolement et la dépression*, ainsi qu'un besoin particulièrement avide d'être aimée.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique.
• Psychodrame et Gestalt-thérapie.



ONYCHOPHAGIE

La manie de se ronger les ongles.

Entre 10 et 16 ans, il y a de 10 à 30 % des enfants qui se rongent les ongles (garçons et filles dans la même proportion).

Cette manie, sans aucun rapport avec l'intelligence d'un enfant, est caractéristique des anxieux* et de ceux qui extériorisent peu leurs émotions, leurs tensions, notamment lors des épreuves scolaires.

Le rongeur d'ongles se grignote parfois les petites peaux qui entourent l'ongle, au point de se faire mal. L'examen révèle chez lui une certaine instabilité* liée aux tensions, au trop plein d'énergie ou à l'**agressivité** qui se retourne contre soi.

Ce mouvement qui consiste à retourner contre soi-même l'agressivité se nomme une « rétroflexion ».

Certains enfants **introvertis** agissent de façon rétroflexive en mangeant leurs ongles, parfois en se mordant, se pinçant ou se frappant.

Ces enfants « nerveux » (anxieux) doivent être signalés au médecin scolaire, s'ils n'éprouvent aucune gêne à se faire mal à eux-mêmes, jusqu'au sang parfois.

En soi, le fait de se ronger les ongles est anodin. La nervosité peut être passagère. L'onychophagie d'imitation, véritable épidémie en classe, disparaît vite car elle n'est pas l'expression d'une anxiété profonde. Cependant, le fait de se ronger les ongles est fortement culpabilisé par l'entourage (parents, voisins, enseignants), ce qui souvent renforce les mécanismes d'auto-punition et de rétroflexion.

L'attitude hyper-active du rongeur d'ongles s'estompe quand on lui propose de pratiquer un sport collectif (foot-ball, judo) où son agressivité naturelle trouve une voie d'expression. On peut également lui suggérer la natation ou le piano (très bon pour savoir quoi faire de ses doigts...), c'est-à-dire toute activité susceptible de transposer sur un autre plan les décharges agressives retournées contre soi.

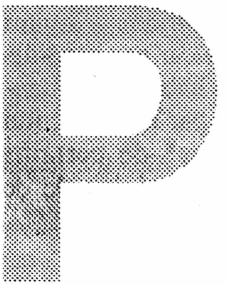
L'anxiété de l'enfant est souvent liée aux résultats scolaires, aux épreuves ou aux **conflits** familiaux plus ou moins latents.

Au rongeur d'ongles perspicace, il faut fournir les moyens de ne plus se faire mal physiquement.

TRAITEMENT :

L'emploi de produits pharmaceutiques « classiques » ayant mauvais goût est souvent inutile, voire néfaste. Inutile car ces produits sont en fait peu efficaces à moyen terme : l'enfant s'habitue au mauvais goût, tente de ruser... Ils sont néfastes également par leur fonction punitive : ils renforcent les tendances masochistes* de certains enfants, sans supprimer le problème qui se trouve à l'origine de ce comportement.

- Relaxation. Désensibilisation systématique.
- Activités ergothérapiques.
- Gestalt-thérapie.



PHOBIES

Des peurs plein la tête.

Distinguons tout d'abord *peurs* et *phobies :*
— les peurs sont causées par une cause réelle ; il est normal d'avoir peur d'un chien méchant ou d'un lion qui serait sorti de sa cage ;
— les phobies sont des peurs sans objet réel, ou plutôt dont l'objet est soit inoffensif, soit imaginaire. Elles sont l'expression du **déplacement** d'une angoisse* intérieure sur un objet extérieur.

Certains parents transmettent à leurs enfants leur propre pusillanimité, notamment la crainte répandue des petites bêtes (araignées, cafards, souris...).

Les phobies entravent les possibilités des enfants en compliquant leur vie : certains sont paniqués en cas d'orage ; d'autres craignent de toucher des objets particuliers ; la peur de l'un se fixera sur des personnages imaginaires (Père Fouettard, ogre, loup...) ; un autre refusera tout simplement d'aller se coucher.

En fait, la plupart des phobies disparaissent d'elles-mêmes vers l'âge de 8 ans. L'attitude de l'entourage familial est essentielle dans la disparition (ou non) de ces peurs irrationnelles.

La phobie scolaire en particulier, qui se manifeste par le refus craintif d'aller à l'école, est renforcée par l'indulgence ou la complicité (inconsciente) des parents : l'enfant prétexte n'importe quoi pour rester à la maison, et cela arrange parfois la mère. Cependant, la phobie scolaire peut parfaitement devenir chronique.

D'autres phobies atteignent les enfants plus âgés : la peur des ascenseurs (claustrophobie), des couloirs et grands espaces comme les supermarchés (agoraphobie*) ; celle des animaux (zoo-phobie), etc.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique, Désensibilisation systématique et Technique d'immersion. Egalement thérapie familiale. Mais d'autres formes de psychothérapies viennent à bout de ces conduites névrotiques*, surtout quand elles sont prises en charge précocement.

PICA

Il mange n'importe quoi.

C'est une affection rare, mais qui mérite d'être notée.

Nous savons que les nourrissons portent tout à leur bouche, y compris des choses non comestibles : sable, morceau de papier, jouet en plastique, pièces de monnaie, etc.

Grâce à l'intervention des parents, ils finissent par distinguer ce qui est mangeable de ce qui ne l'est pas.

Dans les cas de pica, l'enfant continue à absorber des substances non comestibles, à un âge où normalement il ne devrait plus le faire.

En latin, *Pica* signifie la pie, oiseau particulièrement vorace et omnivore.

Il s'agit d'un trouble grave, lié à un désordre des fonctions nutritives normales.

Il existe des enfants géophages (qui mangent de la terre) dans des pays sous-développés. Pour certains spécialistes, ce trouble serait l'expression d'une carence en fer.

En fait, le pica est la manifestation d'une psychose*, c'est-à-dire d'un trouble grave. J'ai eu en traitement un enfant de 10 ans qui mangeait des mouchoirs en papier et des morceaux de crayons. Certains enfants très perturbés sont même capables de manger leurs excréments (voir coprophagie*).

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique intensive, comme pour tous les troubles psychologiques profonds.

Nous traitons non seulement le symptôme, mais le problème d'ensemble dont il n'est qu'une des manifestations possibles.

POTOMANIE

C'est un « boit-sans-soif ».

La potomanie est une perturbation de la notion de soif. Un besoin irrépressible de boire d'importantes quantités d'eau ou de n'importe quelle boisson.

Elle n'a rien à voir, évidemment, avec une éventuelle canicule.

Apparaissent disproportionnées :

1. la fréquence du besoin de boire, aussi pressant que chez le boulimique* ou le toxicomane* (certains d'ailleurs, curieusement, se cachent pour boire) ;
2. l'intensité du besoin, liée à la grande quantité de liquide absorbé et à l'aspect **compulsionnel** de l'acte ;

La fiabilité du goût est atteinte : certains potomanes boivent des produits non consommables, des boissons de mauvaise qualité ou qui ont mauvais goût.

La potomanie (rien à voir avec l'alcoolisme) ne concerne pas les boissons alcoolisées. Au même titre que la boulimie, elle exprime :

— l'urgence d'engloutir quelque chose, de se remplir l'estomac ;

— un sens étrangement défectueux du goût et de la réalité des quantités de liquide absorbé.

Avant de poser un diagnostic de potomanie qui exprime un trouble momentané, il faut s'assurer que l'enfant n'est pas atteint de diabète (insipide, glycosurique...) ou d'autre trouble organique (hypothalamique en particulier), susceptible d'être à l'origine de cette idée fixe.

Quelle est l'origine de ce trouble ?

1. Une attitude **régressive** importante et, à l'adolescence, une **fixation** orale (voir **stade oral**) massive qui est la répétition d'un malaise plongeant ses racines dans la prime enfance, concernant une relation mère-enfant difficile.

Tout se passe en fait comme si l'adolescent voulait se remplir pour combler un vide psychique de nature dépressive*.

2. Une attitude d'opposition farouche liée à d'importants conflits familiaux.

L'acte de se remplir est alors un moyen d'inquiéter les parents, aussi efficace que celui utilisé par les anorexiques* et les boulimiques.

Il est bon de consulter si ce comportement persiste et, en ce cas, ne pas polariser son attention sur ce seul symptôme.

Certains adolescents boivent n'importe quoi par pur ennui. Mais

il faut s'alarmer surtout si les produits consommés sont toxiques.

TRAITEMENT :

- Thérapies comportementales, avec contrat.
- Psychothérapie analytique.

PROVOCATIONS

Les conflits de générations.

Les adolescents nous confrontent à toutes sortes de provocations, de mises à l'écart. Ces problèmes se rapportant aux conflits de générations sont régulièrement apparus dans le courrier que nous ont adressé les téléspectateurs.

Le dialogue souvent s'interrompt, ou bien se poursuit sur le mode du dialogue de sourds, entre des personnes de générations différentes qui ne sont pas « sur la même longueur d'ondes ».

De cela, les parents sont généralement désolés, tristes ou furieux. Que les provocations des jeunes créent des *clans* dans la famille, c'est normal dans un premier temps. Toutefois, il est important qu'un moment soit consacré à l'échange des points de vue, à la réflexion sur les sujets de discorde, de révolte ou d'éviction.

Parfois, les adolescents sont gênés de croiser leurs copains alors qu'ils sont accompagnés de leurs « vieux », et ils se montrent désagréables envers ces derniers, par crainte d'être ridicules ou moqués par leurs amis.

Qu'imaginent-ils ?

— Que le « look » de leurs parents, leurs sujets de discussion et leur façon de s'exprimer seront jugés « ringards », démodés, pas « dans le coup »... Et cela les ennuie ou les agace.

— D'autres sont gênés au contraire par des parents excentriques, genre « super branchés », qui utilisent un langage très « mode », pour faire jeune.

Il arrive que les adolescents soient irrités par telle habitude, tel style de pensée des adultes ; ils font voler en éclat l'attitude paternaliste et bon enfant que d'aucuns portent sur la jeunesse en général.

Quand on parle de *conflit des générations,* il ne s'agit pas évidemment d'une maladie ou d'un symptôme. Les provocations expriment souvent un besoin d'indépendance et une réserve à l'égard d'une

époque qui n'est pas celle de la jeunesse actuelle. Des phrases comme « de mon temps, on ne faisait pas cela... » excèdent les adolescents, à un moment où ils cherchent à être leurs propres guides, à définir leur pensée et leur manière à eux de vivre.

Pour un adolescent, rester en compagnie de papa-maman, c'est montrer sa **dépendance ;** tout au moins aux yeux de celui qui est préoccupé par l'image qu'il donne à voir aux autres. D'où son envie de ruer dans les brancards, de critiquer pour critiquer afin de préserver les liens d'estime qu'il entretient avec ceux de son âge.

Il ne peut avoir le même comportement quand il est seul et quand il « traîne ses vieux » qui ont toujours l'air de le surveiller.

Il s'agit parfois seulement d'orgueil. Evitez, par exemple, d'arranger en public le col de votre grand garçon de 17 ans... Etre agacé par toute personne qui vous traite comme un bébé dans de telles situations n'est pas aberrant.

Le conflit des générations

Si tant est qu'il s'agit d'un affrontement de « valeurs » différentes, le conflit des générations s'accentue quand l'adolescent fréquente des jeunes n'appartenant pas à son milieu d'origine.

Un « loubard » sera provocateur dans un milieu bourgeois ; un garçon « bon chic, bon genre » ne sera pas forcément bien accepté dans un milieu populaire : ses manières ne seront pas appréciées.

D'ailleurs, les adolescents choisissent quelquefois leurs copains pour choquer leur entourage ; ou pour se différencier philosophiquement de leurs parents.

Cet incontournable conflit nourrit les générations depuis plus de vingt-cinq siècles.

Que faire, sinon nous habituer à voir nos conceptions remises en question ? Supporter l'idée d'être appréciés *autrement*. De voir l'adolescent s'échapper.

Punir, réprimer, n'aide jamais à la compréhension des conflits : le cocon familial n'a plus raison d'être ; le papillon étire ses ailes avant de s'envoler.

Il est naturel de ressentir un pincement au cœur quand, en tant que parents, on s'entend dire que l'on est *vieux*, que nos idées sont dépassées, que nos principes d'éducation n'ont plus cours... Bref, que l'on est responsable de tout ce qui ne va pas dans le monde ! Certaines révoltes sont difficiles à supporter.

Malgré tout, il ne faut pas se laisser aller en restant en robe de chambre et charentaises toute la journée (les jours de congé par exemple). Pour un adolescent, le look est important : il aime voir ses parents alertes, drôles et bien dans leur peau. Des parents qui cherchent encore à séduire en soignant leur image.

Certains jeunes ne provoquent leurs parents que dans le but de réveiller leur besoin de séduction et pour qu'ils s'intéressent aux mêmes choses que leurs enfants...

Alors, le dialogue est possible.

TRAITEMENT :

• Entraînement à l'Affirmation de Soi, pour les parents et les adolescents insultants, irrespectueux, ou au contraire soumis, dépendants et craintifs.

Etre assertif en famille est le seul moyen pour chacun d'exprimer ses sentiments, ses désirs et ses droits, sans blesser ni discréditer quiconque.

Soumission et provocation sont deux attitudes qui, grâce à ce traitement, peuvent être déjouées et conduire à l'assertion (voir Assertion et entraînement à l'Affirmation de Soi, chap. *Traitements*).

LES PSYCHOSES

Dépistage et traitement.

Les premières psychoses ont été évoquées au début du siècle. En 1905, Sancte de Sanctis et Heller parlent de *démences infantiles,* Potter (en 1935) de *schizophrénie infantile,* et Kanner, en 1943, décrit la psychose précoce que nous nommons aujourd'hui *l'autisme*,* dont nous avons décrit les traits.

Consulter un spécialiste en psychologie de l'enfant dès que l'on a le moindre doute concernant la maturation affective, intellectuelle et motrice d'un enfant. Les psychologues et les psychiatres sont seuls à même d'établir ce type de diagnostic.

1. Les psychoses précoces

Outre l'autisme de Kanner, il existe d'autres psychoses dont les manifestations sont variées : rires immotivés, crises d'angoisse*, absence de langage au-delà de 4 ans, difficulté de marche alors qu'au-

cune cause neurologique ou musculaire n'est décelable, attitude fusionnelle avec la mère, tandis que l'enfant se mord, se frappe, se blesse ou attaque les autres, fuite du contact avec la réalité, attitudes **régressives.**

L'angoisse de morcellement*, l'incapacité de tolérer une frustration* dominent chez ces enfants qui, de plus, ont une notion altérée de l'espace et du temps, ainsi que des troubles de l'appétit* et du sommeil*.

Nous parlons de *psychose symbiotique* chez des enfants dont les sentiments sont d'une incroyable **ambivalence.** D'autres, « carapacés », semblent parfaitement indifférents au monde qui les entoure.

2. *Les psychoses chez l'adolescent*

Elles sont souvent le prolongement de troubles importants de la petite enfance ; elles se manifestent par des troubles du langage pouvant aller jusqu'au mutisme*, au babil, à la création inquiétante de mots étranges ; par des hallucinations*, des attitudes de retrait, d'indifférence, de froideur, d'isolement, d'errance ; par des attitudes incongrues et une certains bizarrerie lors des contacts... par des attitudes traduisant des terreurs incompréhensibles, des crises d'agitation*, et une **impulsivité,** une instabilité* stupéfiante parfois associée à un délire* ou à des conduites **agressives** imprévisibles ; par des troubles de la pensée allant de l'appauvrissement intellectuel à l'hyper-intellectualisation fantastique ou abstraite.

Certains adolescents, jusqu'alors « normaux », *décompensent* vers 16 ans, deviennent complètement incohérents et font une véritable entrée dans la schizophrénie (du grec *skhizein :* fendre, déchirer, et *phrên :* pensée).

TRAITEMENT :

Les traitements psychothérapiques doivent commencer au plus vite et être intensifs. Il est possible, dans un traitement au long cours, de déjouer chacune des manifestations décrites ci-dessus, et de tenter une réinsertion scolaire ou professionnelle avec l'aide d'enseignants dévoués et partie prenante.

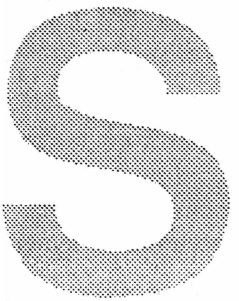
Une évolution dans l'organisation intellectuelle et affective, jointe à l'amélioration des relations familiales.

D'après mon expérience, l'acquisition du langage et de la marche n'est possible chez les autistes qu'à l'issue de plusieurs années de traitement et de « travail » avec les patients.

Il est difficile de connaître les causes exactes de l'autisme. Les

auteurs avancent des hypothèses diverses et contradictoires mettant en cause les parents (surtout la mère) mais aussi une possible origine organique, génétique, métabolique...

Kanner, Malher, Tustin, les Lefort, Bettelheim, Lacan et d'autres ont essayé de mettre au point des théories qui hélas ne concordent pas entre elles jusqu'à présent.



SADISME

Elémentaire, mon cher Marquis.

Ce terme de sadisme est souvent utilisé comme équivalant à méchanceté foncière.

On dira d'un enfant qui cherche délibérément à faire mal à un animal inoffensif, ou à un plus petit qui ne lui a rien fait, qu'il a des *tendances sadiques*.

On peut définir le sadisme comme une agression perverse, c'est-à-dire agrémentée d'un plaisir confinant à la jubilation. Sa visée est destructrice.

Le sadisme, quand il se manifeste chez l'enfant, s'accompagne de sentiments de haine, de domination et de toute-puissance. Le sadisme est, à juste titre, considéré comme une perversion du caractère. Aux yeux du sadique, les autres ne sont que les simples objets de ses caprices ; objets qu'il manipule impunément et s'imagine posséder totalement.

Il arrive que des enfants exigeants et tyranniques fassent preuve de sadisme à l'égard de leurs frères et soeurs, ou même de leur mère. Mais nous savons — étant donné le nombre d'enfants battus à mort et martyrisés en France actuellement — que ce sont le plus souvent les adultes qui font preuve de sadisme. Plus tard, les victimes de **sévices** se comportent avec les autres comme on s'est comporté avec eux.

Pour savoir ce que signifie, dans le développement de l'enfant, les phases ou **stades** dits « sadique-**oral** » et « sadique-**anal** », se reporter au lexique en fin de volume.

TRAITEMENT :

• Psychodrame collectif et thérapie analytique.

SOLILOQUIE

Elle parle toute seule.

Qu'une fillette de 6 ans marmonne toute seule et à voix haute peut paraître bizarre à certains.

Il n'est pas rare cependant, surtout quand votre enfant se trouve pris dans son jeu, qu'il se confie à son nounours, s'adresse à d'imaginaires compagnons de jeu, ou même à un objet inanimé.

Ce phénomène — l'animisme enfantin — signifie que, dès 3 ans, l'enfant attribue aux choses, aux êtres, aux animaux, une âme et un esprit analogues aux siens, capables de sentir, de comprendre et d'écouter comme lui.

Tout enfant peut en outre avoir besoin de se confier à quelqu'un d'autre qu'un adulte ou un copain. Parler à voix haute exprime aussi parfois le désir de mettre en scène un scénario personnel, comme au cinéma.

C'est agaçant pour ceux qui croient que seuls les vieillards ayant *perdu la boule* peuvent s'adresser aux choses inertes.

Mais songeons aux **bénéfices** que l'enfant tire de sa soliloquie : l'ours, le conducteur du train en plastique, etc., ne jugent pas, ne pensent pas, ne condamnent pas. L'enfant ne craint aucune remontrance, aucune punition. Nul ne dérange sa rêverie ni ne le raille. Monologuer, c'est sa manière à lui (ou à elle) de s'inventer d'autres vies, de se créer d'autres histoires : le nounours a une âme à l'écoute de ce que l'enfant lui confie : ses envies, ses lubies, ses « gros » malheurs, ses désirs les plus fantasques... Et surtout, Nounours, c'est l'avantage, garde tout cela pour lui, sans rien rétorquer.

Les soliloques sont donc associés à une sorte de **rêverie diurne** ; rêverie qui, bien sûr, n'est ni cohérente, ni logique, ni raisonnable.

Nous avons du mal, nous adultes, à nous débarrasser des sentiments de gêne, de honte ou d'anomalie, associés au fait de parler seul. Cependant, saint Augustin l'a montré dans ses *Soliloques,* parler seul est une façon de *se retrouver,* de se parler avec sincérité.

Les exceptions

1. *Le retrait systématique*

Certains enfants ne parlent que lorsqu'ils sont seuls, ou ne s'adressent aux adultes que d'une façon incohérente. Leur retrait psychologique systématique s'exprime par l'absence de contact avec qui que ce soit, pendant une période prolongée et sans que l'on puisse mettre en évi-

dence à l'examen clinique un handicap physique quelconque.
Il s'avère que l'enfant, comme absent à lui-même, est en proie à des rêveries secrètes qui le font s'agiter* de mouvements bizarres. Souvent son regard n'exprime rien.
• Dans ce cas, consulter un psychologue.
2. *La rumination mentale*
Il arrive que des adolescents angoissés*, malheureux, soient envahis par des phrases curieuses, souvent conjuratoires, qu'ils se sentent intérieurement *obligés* de prononcer à voix haute.
Le soliloque tourne à l'**obsession** et l'adolescent ne se parle pas à lui-même avec le plaisir d'un enfant qui se raconte des histoires.
• Un adolescent qui rumine ses obsessions doit consulter en dispensaire.

Revenons plus banalement à l'enfant qui s'isole pour jouer à se raconter maintes aventures fabuleuses, et qui s'anime car il est le héros d'une épopée, ou bien la victime révoltée d'un injuste sort... Son soliloque est sérieux pour lui ; en outre, il est seul sans être vraiment seul car il confère avec lui-même et déjoue ses petits tracas grâce à ses histoires riches et complètement imaginaires.

Nous sommes loin, dans cette expérience de l'intimité, des radotages prétendus « stupides » des vieillards séniles, car, en fait, il n'y a vraiment rien de stupide dans le fait de parler seul à voix haute. Quel que soit l'âge...

Poésie et vérité

En effet, les personnes d'un certain âge ne peuvent parfois surmonter leur solitude qu'en s'adressant à elles-mêmes la parole. Si on les surprend, elles se sentent horriblement gênées et coupables. Peut-être par peur qu'on ne les prenne pour démentes ou alcooliques...

Que retenir de cela ?

Que la folie, la vraie, est toute différente ; qu'un enfant ne « perd pas la boule » parce qu'il a la fantaisie de murmurer les histoires qu'il a dans la tête.

Tous les grands poètes ont dû parler seuls, car je crois que le soliloque prédispose à la poésie.

« Un soir, écrit un grand poète d'outre-Rhin, j'ai vu un enfant tendre la main pour attraper un rayon de lune... La lumière poursuivait indifféremment son chemin. Ainsi luttons-nous pour retenir le destin dans sa course. » Il était seul et un peu fou, disait-on. Mais qui n'aurait aimé savoir « radoter » aussi bien que ce chantre de la plus haute solitude : Hölderlin.

SOMATISATION

Le corps sans parole.

Ce terme est utilisé pour désigner les processus conduisant à un ensemble de maladies qui affectent le corps, avec une participation psychologique prédominante (asthme*, cardiopathie, allergies*, etc.).

En fait, au début de la vie, étant donné que le tout-petit ne possède que son corps comme moyen d'expression, toutes les affections peuvent être qualifiées de *psychosomatiques*.

Ce terme, extrêmement galvaudé, a conduit certaines personnes à croire que toute maladie était psychosomatique : c'est faux !

La simple participation anxieuse* à une maladie grave ne nous autorise pas à affirmer que cette maladie (la tuberculose par exemple) est « psychosomatique ». De plus, nous ignorons tout du choix électif de tel organe affecté dans le processus de somatisation.

On a parlé plus sérieusement de *personnalité psychosomatique* chez l'adulte. L'enfant peut aussi « somatiser », mais ce n'est pas un trait de sa personnalité, encore mouvante et en construction. Retenons l'idée que la « somatisation » surgit souvent à la suite d'un dialogue qui s'est avéré impossible.

TRAITEMENT :

• Relaxation, psychanalyse, associées si possible à des activités permettant au sujet d'extérioriser en un lieu précis son anxiété* et sa violence contenues (judo, karaté, rugby, boxe, foot-ball...).

SOMNAMBULISME

Des histoires à dormir debout.

Chez l'enfant, le somnambulisme apparaît rarement avant 6-7 ans. En outre, les garçons y sont plus sujets que les filles.

Le jeune somnambule se lève la nuit, déambule les yeux grands ouverts, et vaque à une occupation précise, alors qu'en fait il dort. Parfois, il parle (somniloquie).

Cela peut durer quelques minutes, un quart d'heure, si vous n'allez pas le recoucher doucement. Il ne se souvient de rien le lendemain matin.

D'après les informations que nous possédons à ce jour, il semble que la qualité du sommeil de l'enfant ne soit pas affectée. Les enfants

somnambules paraissent néanmoins plus émotifs et plus sensibles à la suggestion pendant le sommeil que les autres.

Mais le somnambulisme n'est ni une maladie ni un signe d'immaturité ou de dédoublement de la personnalité ; divers tests en témoignent.

Des spécialistes pensent que le somnambule cherche en fait, comme dans un rêve, à fuir un danger intérieur. Ce pourrait être une mise en acte d'un désir inconscient. L'amnésie du réveil viendrait confirmer le fait que les désirs sont inconvenants ou associaux, donc répréhensibles, d'où l'oubli...

Le somnambulisme, comme l'état d'hypnose, est un phénomène qui étonne beaucoup, mais sans aucune conséquence et sans gravité. Si votre enfant est somnambule, il faut seulement vous soucier des incidents qui peuvent surgir au cours de ses déplacements et de ses gesticulations, afin de le protéger, car il peut se blesser, tomber.

Généralement, les phases de somnambulisme disparaissent comme elles sont venues, et je ne vois pas l'utilité d'un recours au traitement à l'Imipramine, comme l'ordonnent systématiquement certains praticiens.

Précisons d'ailleurs que le somnambulisme — ainsi qu'en témoignent les tracés électro-encéphalographiques — n'a rien à voir avec les *phases d'absence,* avec les troubles de la conscience que l'on peut observer dans l'épilepsie par exemple.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique.

• Psychodrame et technique du Rêve éveillé, en cas de persistance de tout « automatisme ambulatoire du sommeil ».

SOMNOLENCE

Il « bâille » aux corneilles.

Elle se manifeste chez l'enfant fatigué, chez celui qui est atteint d'une maladie infectieuse banale, ou encore chez celui qui a pris un médicament ayant pour effets secondaires une baisse de la vigilance.

Sachez toutefois qu'en enfant qui somnole n'est pas nécessairement en manque de sommeil.

Certaines maladies affectent la vigilance (affections toxiques, hypertension, troubles neurologiques ou post-traumatiques).

La somnolence a forcément une cause qu'il faut trouver afin qu'elle disparaisse.

Certains médecins ont tendance à donner des fortifiants ou des médicaments à base d'amphétamines... Trouver la raison qui est à l'origine de cette tendance aux bâillements incessants et à l'endormissement inopiné est une solution meilleure et suffisante.

TRAITEMENT :

En l'absence de cause physique décelable, on peut considérer la somnolence (de même que l'hypersomnie*) comme une manifestation dépressive* ou comme une fuite de la réalité.

- Psychodrame thérapeutique.
- Psychothérapie analytique.

SPASME DU SANGLOT

Colère « bleue ».

C'est une brève perte de connaissance précédée de cris et de pleurs apparaissant comme un mélange de colère et d'appels.

Cette crise, très impressionnante, peut survenir chez des enfants de 6 mois à 2 ans, souffrant d'un manque d'oxygénation momentané du cerveau (« anorexie cérébrale »).

Deux formes distinctes existent chez le nourrisson. Le diagnostic doit évidemment être posé par votre médecin qui éliminera les autres troubles susceptibles de provoquer des malaises (épilepsie, par exemple).

1. *La forme bleue :* bébé sanglote de plus en plus fort, sa respiration s'accélère puis se bloque en inspiration forcée, tandis qu'il devient bleu et perd connaissance quelques secondes.
   Il faut l'aider à reprendre sa respiration et son calme, même si la frustration* qui est à l'origine de la crise est justifiée.
2. *La forme pâle :* elle se manifeste par une sorte de cri bref. En proie à une émotion intense, bébé devient pâle et tombe. Parfois, les yeux se révulsent tandis qu'il perd connaissance pendant peu de temps.
   Il revient à lui, complètement épuisé.

Ces crises sont rares et aucune séquelle n'est à redouter. Mais chez certains enfants colériques, les crises peuvent persister jusqu'à 2-3 ans. Elles provoquent une grande angoisse chez les parents qui chercheront à être prévenants et « gentils ». D'où le risque de soumission

aux caprices de l'enfant qui peut utiliser le pouvoir que lui confèrent ses crises, en réalité bénignes et sans évolution.

Il est normal que les parents s'inquiètent, et il est aussi nécessaire de les rassurer que de les convaincre de ne pas céder à tous les caprices de leur chérubin.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie mère-enfant, voire thérapie familiale avec le père, parfois avec les grands-parents et les aînés si les crises persistent.

SUICIDE

Faire face aux tentatives (T.S.).

Les tentatives de suicide sont heureusement assez rares chez l'enfant. Cependant, 10 % d'entre elles sont faites par des enfants de moins de 12 ans. Les garçons sont plus concernés que les filles (environ trois garçons pour une fille).

L'enfant suicidaire choisit plutôt de se jeter sous une voiture ou par la fenêtre, d'une façon impulsive, de se noyer, de se pendre.

L'intoxication par les médicaments est plutôt le fait des adolescents (surtout des filles).

Un adolescent qui tente de mettre fin à ses jours signifie avant tout sa souffrance et cherche à fuir ainsi une situation « invivable » pour lui, ou un **conflit** dont il ne voit pas l'issue.

L'aider à trouver une solution peut le sauver. Parfois, en effet, la cause de la *T.S.* (abréviation de tentative de suicide) semble presque dérisoire, comme de mauvais résultats scolaires (c'est le cas le plus fréquent des suicides de jeunes au Japon).

D'autres fois, la cause est une déception sentimentale ; la tentative de suicide n'est alors qu'un chantage qui peut finir mal : l'adolescent cherche à punir l'autre en le rendant responsable de sa propre mort, mais il cherche surtout à attirer l'attention de ceux qu'il aime et dont il croit avoir perdu l'affection.

D'autres significations — qui seront prises en compte au cours d'un indispensable entretien avec l'adolescent suicidaire — président parfois à la T.S. :

— celle, amoureuse et coupable, de Roméo et Juliette, dont la passion s'avère interdite : elle conduit les « amants impossibles » à

vouloir se retrouver *pour toujours* dans l'autre monde...

— celle des enfants abandonnés ou maltraités, qui, dans leurs moments de désespoir, ne savent plus trop à qui se raccrocher ;

— celle, enfin, des enfants colériques, qui dissimulent puis retournent contre eux-mêmes leur **agressivité** rentrée.

On dit classiquement qu'en cherchant à se tuer, l'adolescent cherche en fait à tuer l'image de l'Autre qu'il porte en lui.

La tentative de suicide n'est pas caractéristique d'un trouble psychique grave, au sens où certains adolescents peuvent avoir des idées de suicide à cause d'une relation sentimentale chaotique ou d'une vie de famille particulièrement perturbée.

Les adolescents peuvent en outre avoir recours à des *conduites parasuicidaires* qui sont l'équivalent du désir de se tuer, par la recherche inconsciente d'accidents (défis à moto ou mobylette..., escalades au-dessus d'un précipice) associée à des antécédents de fractures répétées, de brûlures ou d'accidents domestiques divers (voir accidentropisme*).[1]

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique, Thérapie familiale.

• Analyse transactionnelle, notamment analyse du stratagème intitulé « Regarde ce que tu m'as fait faire... »

SYNCINÉSIES FACIALES

Il grimace sans raison.

Des enfants parfaitement normaux se mettent à grimacer, pour faire le clown ou pour se moquer de personnes souffrant de tics nerveux. Ces « syncinésies d'imitation » sont généralement drôles et n'ont rien d'inquiétant, car elles sont volontaires et ne durent pas.

Mais, parfois, d'autres grimaces (involontaires celles-là) traduisent une difficulté à obtenir le relâchement des muscles du visage. Certains tics*, des gestes maladroits, des réflexes un peu vifs, des signes d'agacement peuvent accompagner des contractures musculaires, le tout offrant une attitude des plus disgracieuses.

Certaines raideurs et perturbations incontrôlées peuvent avoir des causes décelables :

1. une émotion violente et envahissante ;
2. elles peuvent être dues à des « effets extrapyramidaux » découlant de l'absorption de médicaments (psychotropes) ;
3. il peut y avoir une lésion susceptible de provoquer des tremblements et des états d'excitation anormaux.

Un examen neurologique est, dans ce cas, indispensable : on évalue le nombre, l'importance, la durée des grimaces ; on cherche à savoir si le contexte est celui de l'instabilité*, de la maladresse, du tic*, du bégaiement*, ou de quelque autre déficit plus ou moins grave.

TRAITEMENT :

Après examen neuro-musculaire (dans le cas évidemment où il ne s'agit pas de pures clowneries), le traitement est prescrit en fonction de la cause réelle du trouble :

- Relaxation ;
- Massages du visage (un certain type de massage s'avère efficace du point de vue psychothérapique [2]) ;
- Désensibilisation systématique si la cause est de nature purement émotionnelle.

1. On peut lire également: Lorin (Claude), *Les conduites parasuicidaires* (Intervention au XIe Congrès international d'études et de prévention du suicide, 1983)

2. On peut lire: "Les massages néo-reichiens" de Claude Lorin, in *Perspectives psychiatriques*, 1983.

TICS

Comment t'ôter-ton-tic ?

Cligner des yeux, se racler la gorge, bâiller ou renifler sans cesse, ne constituent évidemment pas un handicap majeur ; en revanche — selon des institutrices de C.P. — les couinements, rictus, claquements de langue peuvent perturber une classe, surtout à cause des rires que cela provoque.

Différentes sortes de tics

Au sens strict, les tics sont des mouvements soudains et involontaires de telle ou telle partie du corps.

Chez l'enfant, les plus fréquents sont :

1. les tics du visage : froncements de sourcils, mouvements du menton, clignements des paupières, claquements de la langue ;
2. les tics du cou : hochements, rotation de la tête, mouvements de salutation...
3. les haussements d'épaules passent difficilement inaperçus, les mouvements des bras, des mains ou des doigts sont assez gênants ;
4. les tics dits « respiratoires » : se moucher sans cesse, renifler, toussoter...
5. les tics sonores : grognements, petits cris, claquements de langue, et même aboiements dans certains cas...

En fait la liste est longue. Certains sont plus spécifiques aux adultes, comme le fait de frotter ses pieds sur le paillasson pendant un quart d'heure, de manipuler toujours le même objet, etc., mais ils rejoignent plutôt des **rituels obsessionnels** ou des comportements de superstition.

Emotif ou nerveux ?

On disait autrefois « C'est nerveux »... A quelques exceptions près (comme la maladie de Gilles de La Tourette, plutôt rare), le système nerveux n'a strictement rien à voir avec ces troubles du comportement.

Les tics expriment une tension émotionnelle cachée. La preuve : ils disparaissent pendant le sommeil, ce qui n'est pas le cas des

troubles neurologiques. En outre, la volonté, la distraction peuvent les suspendre. Enfin, les tics apparaissent dans des situations précises, ou s'accroissent sous l'effet de tension intérieure créée par une conjoncture impressionnante. C'est très souvent le cas chez les enfants.

Il faut faire disparaître les tics au plus tôt, si l'on ne veut pas qu'ils s'installent à vie.

Le tic : ses significations

C'est en les comprenant qu'un psychologue intervient pour débusquer les **conflits,** l'anxiété*, l'émotion qu'exprime le tic de l'enfant.

Le « tiqueur » cherche généralement à se contrôler, mais il ne peut cacher ses crispations quand il est face aux autres (nous ne parlons pas ici des tics consécutifs à un accident, mais de ceux qui sont la manifestation corporelle d'une intense **agressivité** réprimée).

Deux éléments semblent essentiels aux yeux du praticien :

1. le premier est que le tic *sert* inconsciemment à montrer qu'il existe des tensions internes ;
2. le second, c'est qu'il permet d'*exprimer* un désir ainsi que la **défense** contre ce désir : d'où les tensions.

TRAITEMENT :

Les médicaments « psychotropes » ont une faible action sur les tics, à l'exception des butyrophénones que les médecins hésitent, à juste titre, à donner aux enfants : ce sont des produits forts et souvent mal supportés.

• Psychothérapie analytique, si le tic persiste et gêne.

Nous cherchons à comprendre la préoccupation inconsciente que traduit le tic, et nous déconseillons aux parents d'essayer de le réprimer comme on tente de faire disparaître une « sale manie ». De trop en parler aussi, car cela valorise le symptôme et ridiculise l'enfant devant les autres.

En jouant avec l'enfant, le thérapeute comprend la signification de son tic, et la lui restitue sous forme d'**interprétation.**

• Relaxation : souvent associée à un traitement psychomoteur. Un tic lié à une certaine instabilité* du corps, ou exprimant une tension interne, peut disparaître de cette façon.

• Déconditionnement et approche paradoxale : bien que cela paraisse étrange, il consiste à faire exécuter volontairement le tic par l'enfant, devant une glace. On parle aussi de « prescription du symptôme » ou « d'approche paradoxale ».

En dehors des séances de thérapie, on suggérera à l'enfant de répéter son tic pendant quelques minutes, seul devant un miroir, au moins une fois par jour. Au bout de quelque temps, l'enfant acquiert la maîtrise d'un mouvement qui jusqu'alors s'imposait à lui.

Dans cette forme de *Thérapie comportementale* on ne s'occupe pas de la signification inconsciente du tic. Toutefois, le tic disparaît.

Parmi les adultes souffrant de tics, rares sont ceux qui ont essayé ces trois traitements, d'où la persistance du tic (y compris chez certains psychanalystes !).

Il faut prendre les tics au sérieux, afin que votre enfant ne soit ni moqué ni rejeté par les autres, en classe et dans la société en général.

TIMIDITÉ

Le charme des romantiques.

S'il est vrai qu'aux yeux des romantiques la timidité possède un certain charme, pour la plupart des gens c'est un vrai fléau.

Les relations sociales semblent pourtant plus faciles, plus directes qu'autrefois. On se tutoie plus aisément que jadis, on vit à l'heure de la communication rapide et efficace. Et pourtant, la timidité existe encore.

Certains adolescents, qui ont peu d'amis et fuient la compagnie des autres, se mettent à bégayer*, à rougir* quand ils rencontrent quelqu'un... Ils peuvent être complètement paralysés.

Deux sortes de timides

On peut classer grosso modo les adolescents timides en deux catégories :

— 1. celui qui se replie sur lui-même et qui, intérieurement bloqué, réagit par le silence et la fuite face aux situations qui le troublent. Il est gêné dans son travail, ses amitiés, ses relations en général ;

— 2. celui qui « frime » pour cacher sa timidité, qui fait de l'esbrouffe, se fait remarquer. Extraverti en apparence, il masque bien son accablante timidité : il peut se montrer arrogant, provocateur*, osé, mais cette attitude ne correspond pas à sa *vraie nature*.

A l'école, ces timides qui feignent d'être à l'aise gênent tout le monde. Les silencieux font moins l'objet d'une attention particulière : ils ne dérangent pas.

Les causes

Elles sont nombreuses et différentes pour chacun. Retenons-en trois :

1. *l'image négative de soi* : L'adolescent change, sa voix mue, son corps se transforme, des boutons et des poils envahissent sa peau... Parfois il ne se supporte plus, se trouvant moche, sans charme, bref *complexé*.
L'image négative qu'il se forme de lui-même inhibe considérablement son comportement qui était jusqu'alors celui, avenant, d'un enfant.
2. *la crainte de passer pour « stupide »* : Intellectuellement, les timides ont peur du jugement d'autrui. Ils craignent de déplaire. Réservés à l'excès, ils s'en veulent d'être ainsi, ce qui les accable encore plus.
3. *la peur d'être libre*... d'oser agir en étant soi-même, en se montrant sous son vrai jour, sans ruser, sans truquer, sans se camoufler.
La personnalité craintive et fragile de certains timides, soumis à des contraintes éducatives, familiales et sociales rigoureuses, les conduit à refouler leur volonté de vivre et leur **agressivité** naturelle. A la retourner contre eux-mêmes.

La circonspection, la réserve de bon aloi ne sont pas de la timidité. Seule la répression massive de l'agressivité, des sentiments, engendre des comportements d'inhibition et forge des personnalités *faibles* et soumises.

Ainsi, certains adolescents deviennent-ils les « souffre-douleurs » de leurs compagnons de classe, ou les éternelles victimes des autres. Ils peuvent se mettre à bégayer*, et leur maladresse les entraîne dans d'incroyables histoires qui augmentent leur sentiment de malaise et les conforte dans leur peur des autres.

TRAITEMENT :

• Entraînement à la Communication sociale, et surtout Affirmation de Soi, avec un spécialiste. Mais, en famille, les parents ont un rôle important à jouer : en étant « assertifs », ils peuvent briser le cercle vicieux qui enferme l'enfant, à condition, évidemment, qu'ils ne soient pas eux-mêmes rongés par la peur des autres, et qu'ils permettent à leurs enfants de s'exprimer. La crainte qu'éprouvent les parents peut intervenir dans le développement affectif, social et intellectuel des enfants ; dans ce cas, il est utile de consulter un psychologue qui aidera toute la famille à avoir un comportement « assertif » et à dépasser une timidité transmise de génération en génération.

Au début, l'adolescent « passif » peut se *déchaîner* et devenir agressif, impertinent, turbulent. Cette période d'excès passe.

• En Thérapie analytique, le psychologue peut aussi agir sur la cause : l'image de soi, la crainte de passer pour un idiot, la peur d'être soi-même.

Votre enfant découvrira, en thérapie, le plaisir de s'exprimer, acceptera ses qualités propres qu'il considérera et mettra en valeur, devenant à l'aise partout et avec tout le monde.

Etre expressif (c'est-à-dire ni soumis ni agressif) suppose de n'être ni silencieux ni grossier, et d'offrir aux autres la possibilité de s'exprimer, en affirmant néanmoins ses goûts personnels sans peur de perdre l'estime ou l'amour d'autrui.

Ainsi, des parents *assertifs* peuvent-ils aider leur enfant à entretenir de bons rapports avec les autres, à inviter des amis (à s'en faire s'il en a peu, ou pas), à accepter des invitations, des séjours chez un copain, des stages sportifs, etc. Bref, à faire en sorte qu'il cesse d'être écrasé de timidité.

Etre respecté, écouté, est une chose qui se « travaille » et s'affine au cours du temps.

Si votre enfant s'accepte tel qu'il est, il acceptera les autres tels qu'ils sont : timides ou pas.

TOXICOMANIE FAMILIALE

La responsabilité des adultes.

Il ne s'agit pas ici de la grande question de la drogue* et de ses nuisances, déjà abordée dans cet ouvrage.

Nous voulons parler des intoxications par médicaments, qui représentent actuellement plus d'une intoxication sur deux, et dont les premières victimes sont (dans 80 % des cas) des enfants de 1 à 5 ans. Notons en outre que les Français sont parmi les plus grands consommateurs du monde de tranquillisants et d'antidépresseurs.

Posons-nous deux questions :

1. Une telle consommation de médicaments peut-elle avoir une influence sur les enfants ?
2. L'abus de sirops contre la toux (à base de dérivés morphiniques), de potions anti-allergiques parfumées à la fraise ou à la menthe, peut-il rendre un enfant toxicomane ?

Première question

Le fait que les adultes consomment des médicaments de façon massive et prolongée a une influence sur l'enfant. Je ne parle pas des antibiotiques, nécessaires au traitement d'une maladie, mais de la quantité faramineuse d'anxiolytiques auxquels les gens ont recours quand ils ont des difficultés.

Le premier danger est le *risque de banalisation*. En observant ses parents, l'enfant se persuade que le recours aux cachets, potions, ampoules de toutes sortes, est normal, banal, peu dangereux.

Le second danger est le *risque d'idéalisation.* L'enfant, s'**identifiant** à ses parents (grands consommateurs de médicaments), se persuade qu'il s'agit de produits-miracles dont l'action, magique à ses yeux, leur est indispensable. Le danger est encore augmenté quand les parents s'auto-prescrivent de tels produits.

Résultats :

— 40.000 appels annuels, en France, aux centres anti-poison ;
— plus de 300 hospitalisations d'enfants en bas âge.

Ces chiffres étant aussi alarmants, il est essentiel de montrer aux petits enfants qu'un médicament n'est ni idéal, ni banal.

Ne laissez pas à leur portée vos potions et pilules.

Fermez vos armoires à pharmacie à clé.

En fait, pour être « tranquilles », les adultes devraient consommer moins de « tranquillisants ».

Est-ce la faute de l'enfant si l'attitude de ses parents crée chez lui un modèle auquel il s'identifie ? Tel est bien le problème.

Deuxième question

L'emploi abusif de produits *stimulants* ou dopants, entraînant une prétendue diminution de la fatigue et un surcroît d'énergie, développe chez l'enfant une propension inconsciente à recourir plus tard, quand il sera adulte, à l'absorption de médicaments divers : des produits de toutes sortes, pris le plus souvent, je le répète, dans des circonstances en rapport avec les **conflits** et les difficultés personnelles de l'entourage (parents, grand-parents, aînés, amis...).

En fait, l'exemple de l'adulte assujetti à une médication fréquente et répétée — prescrite ou non — de tranquillisants induit chez l'enfant une **dépendance** sournoise, semblable à celle de l'alcoolique ou du toxicomane. De plus, les médicaments finissent par exercer sur son

esprit un certain attrait, d'où le risque d'en faire une habitude, à l'instar des parents : « Quand ça va mal, se dit l'enfant, maman prend un cachet. Ensuite, elle se sent mieux. C'est comme des vitamines... »

Vingt ans plus tard, il trouvera « naturel » d'avoir recours à la même solution, étant prédisposé à utiliser tout l'arsenal chimique qui est mis à la disposition de l'individu « stressé ».

Comment s'étonner, dès lors, que les petits prennent plaisir à consommer des produits somnifères dont ils disent souvent qu'ils ont « bon goût » ?

Nous n'insisterons jamais assez sur l'illégitimité et les dangers de *l'auto-médication* en famille. Si votre médecin a ordonné une cuillerée de sirop à votre enfant, ne lui en donnez pas deux, sous prétexte que c'est parfumé et sucré ! Un médicament n'est pas une friandise, même si, en effet, certains comprimés ressemblent à des « smarties ». D'où la confusion dans l'esprit des enfants.

Les médicaments sont nécessaires quand une maladie apparaît, et nous ne prétendons pas qu'un enfant deviendra toxicomane parce qu'il prend des antibiotiques !!!

Toutefois, les adultes feraient bien de se contrôler eux-mêmes, d'observer leur comportement avec l'alcool, les sédatifs et les tranquillisants... Certains administrent à tour de bras du « sirop pour dormir » au bébé hurlant, pour avoir la paix (ou pour que la baby-sitter ne les dérange pas pendant leur soirée)...

Il faut bien expliquer à vos enfants qu'un médicament — dont la fonction est de soigner un mal précis — peut avoir aussi des désavantages et des effets secondaires. Il ne faut pas pour autant leur dire, comme certains le font sottement, que c'est du « poison », puisqu'on leur en donne à l'occasion ! Ne les prenons pas pour des imbéciles.

Qu'ils comprennent que le médicament en question peut avoir des *effets indésirables* et qu'il ne faut pas en abuser. Enfin, qu'ils aient la certitude que la pharmacie familiale n'est pas un coffre au trésor, renfermant la solution-miracle à tous les maux et difficultés de la vie.

A vous donc, parents, de garder l'entière maîtrise de la situation : dans chaque boîte de médicaments se trouve une notice qu'il suffit de lire pour en connaître les particularités d'emploi. Une notice qui précise : CECI EST UN MÉDICAMENT.

Ce principe étant établi, il arrive que les enfants cherchent à savoir pourquoi vous consommez tant de médicaments. Si vous leur mentez, méfiez-vous. Vous ne pourrez pas éternellement leur faire *avaler la pilule...*

TRAITEMENT :

• Cure de désintoxication pour vous si vous êtes « accro » à vos tranquillisants et à vos somnifères.

TRICHERIES EN CLASSE

Les parents complices ?

A l'école, au lycée et en fac, comme dans le monde du travail, il y a trois sortes de tricheurs :

1. *les « novices »*, qui accidentellement profitent d'une occasion qui se présente à eux. Si, par exemple, l'instituteur oublie de compter une faute d'orthographe, l'enfant ne dira rien, pour ne pas faire baisser sa note ; une fois n'est pas coutume ;
2. *les tricheurs « occasionnels »* : en proie à un réel trou de mémoire, ils prendront leur livre, leurs notes, ou ils jetteront un coup d'oeil sur la copie du voisin. Ce sont parfois de bons élèves souffrant d'une défaillance passagère ; ce n'est pas une tragédie : cela ne doit pas devenir une habitude ;
3. *les cancres* qui trichent systématiquement et ne conçoivent pas un examen sans « anti-sèches ». Ce comportement apparaît chez des filous peu surveillés (en classe et à la maison), peu travailleurs, parfois provocateurs, qui préfèrent risquer la sanction plutôt que d'apprendre une leçon. Leur intention — dès le départ — est de tricher. C'est un système qu'ils enrichissent de mille ruses, en faisant preuve d'un manque étrange de loyauté vis-à-vis de ceux qui se donnent la peine de jouer le jeu, et qui parfois ont de moins bonnes notes que l'habile tricheur. Il s'agit parfois d'enfants qui ne s'autorisent pas à réussir de leur propre chef (pour des raisons liées à une rivalité **œdipienne**).

Les parents complices

Les choses se gâtent quand les parents apprennent que leur enfant triche : souvent ils ferment les yeux et même, plus grave encore, les encouragent...

Comment un enfant peut-il travailler honnêtement s'il se sent implicitement soutenu par la complaisance plus que suspecte de ses parents ?

Le rôle des professeurs est évidemment de condamner ce genre de pratique quand ils s'en aperçoivent. Leur parade : avoir recours, lors des interrogations écrites, aux questions qui mobilisent l'intelligence, la réflexion, la synthèse des connaissances plutôt que la pure et simple régurgitation de textes appris par coeur. Même en langue étrangère, en math, en histoire et géo, c'est possible.

Cette manière d'agir rend la tricherie compliquée. Certains enseignants permettent d'ailleurs aux élèves d'utiliser leurs documents.

Cela n'exclut pas d'avoir un entretien avec le tricheur invétéré, pour lui dire que l'on n'est pas dupe et pour le prévenir des sanctions qu'il encourt (il ne s'en moque pas toujours...). Non pour lui faire une banale leçon de morale, mais pour lui faire comprendre qu'il ne connaîtra jamais sa *valeur* véritable.

Le tricheur vit en effet avec une idée fausse de lui-même et de ses connaissances réelles.

Quant aux parents, il est bon de savoir pourquoi ils n'encouragent pas leur enfant à faire des efforts. Sont-ils faibles, arrivistes, roublards et malhonnêtes ?

Désirent-ils que leur chérubin ait son bac à tout prix, même s'il est nul et paresseux ?

Il arrive que certains encouragent les tricheries afin que leur enfant réussisse coûte que coûte à écraser les autres. Une telle conception du monde est digne de Rastignac, le héros de Balzac.

Une culpabilité salutaire

Toute la question est de savoir si le monde est effectivement une jungle justifiant leur bonne conscience. En soutenant l'enfant dans cette attitude, ils le confortent dans l'idée que tricher n'est qu'un petit délit et non une faute.

Or, le fait de se sentir coupable d'un acte répréhensible nous encourage à ne pas le commettre. Si un enfant croit que tricher est une chose banale, la porte est ouverte à des formes de délit plus grave. C'est un passeport pour la vie médiocre du délinquant ou de l'escroc. Les délinquants se sentent rarement coupables de leurs mésactions car, comme ils aiment à le dire, c'est la société « pourrie » qui les a rendus mauvais : ils se vengent!

Pourtant, il s'agit d'un jeu dangereux lorsqu'il est admis par les parents : lorsqu'ils encouragent — même inconsciemment — leurs enfants à la tricherie, ils les *désadaptent* à la vie sociale, à l'école, au

monde du travail, au lieu de leur donner l'énergie, l'intelligence et les moyens de s'y adapter avec honneur.

TRAITEMENT :

Plutôt qu'un traitement proprement dit, voici deux conseils aux parents :

1. parlez franchement avec l'apprenti-tricheur pour comprendre quelle motivation le pousse à tricher. Souvent le tricheur vit dans un monde de peur. S'il s'imagine peu doué, trouvez-lui un soutien pédagogique suivi. Ainsi peut-être reprendra-t-il confiance en lui.
Si ses lacunes sont importantes, il redoublera : il vaut mieux pour lui un redoublement intelligent qu'un passage en classe supérieure masquant ses faiblesses ;
2. consultez un psychologue si vous découvrez qu'il ne peut s'empêcher de tricher : il peut s'agir de difficultés semblables à celles qu'éprouve le kleptomane, incapable de réprimer son désir de voler des objets dont il n'a pas besoin.
Au bout du compte, chaque enfant doit comprendre qu'en matière d'études, l'humilité et la valeur personnelle sont indispensables pour réussir à ses propres yeux. Je veux dire pour réussir dans la vie, et pour réussir sa vie.

TRICHOTILLOMANIE

Tournicoter sans cesse ses cheveux.

La trichotillomanie est l'irrésistible besoin de tripoter ses cheveux, de les tournicoter autour d'un doigt distrait.

Cette manie est plus fréquente, semble-t-il, chez les filles que chez les garçons, et son importance varie suivant le caractère de l'enfant trichotillomane :

— *l'enfant sensuel* se caresse les cheveux, les lisse, en cherchant des sensations agréables, comme un nourrisson touche la chevelure de sa mère, les poils d'un nounours en peluche, ou un tissu très doux. Le plaisir qu'il y trouve n'est pas sans lien avec celui qu'il aura plus tard à se toucher et à désirer séduire ;

— *l'enfant studieux,* lorsqu'il est absorbé dans une activité supposant réflexion et concentration, tournicote ses mèches sans s'en rendre compte.

Ce comportement est fréquent chez les enfants exigeants vis-à-vis d'eux-mêmes, sérieux et scrupuleux dans leur travail, mais inquiets si une épreuve met leur valeur en jeu.

Ce **rite** se manifeste chez des enfants doués. 65 % de ceux qui tournicotent leurs cheveux ont un quotient intellectuel nettement supérieur à la moyenne ;

— *l'enfant anxieux** tripote machinalement ses cheveux : c'est sa façon de nous montrer qu'il est préoccupé, angoissé*, prisonnier d'un **conflit** qui dure, ou confronté aux soucis de ses parents.

Les cheveux peuvent être arrachés un par un ou par touffes, cassés, détruits, parfois mangés (trichophagie) ;

— *l'enfant traumatisé* (ou « absent ») : sa manie fait suite à un traumatisme du cuir chevelu, voire à une encéphalopathie ; elle peut être l'effet de démangeaisons d'origines diverses (prurit, dermatite séborrhéiques, etc.).

La trichotillomanie est l'une des manifestations d'un retrait affectif massif ; chez l'enfant autiste* notamment, capable d'être pendant de longs mois en proie à des « rêveries », ou d'être comme absent du monde des hommes.

A l'adolescence enfin, la trichotillomanie s'étend parfois à d'autres régions du corps que celle du cuir chevelu : certains s'arrachent les cils ou les poils pubiens...

TRAITEMENT :

Ne dramatisons pas : chez la plupart des enfants le fait de se tortiller les cheveux est une habitude significative d'une préoccupation passagère plutôt que d'un gros problème.

Quand le problème est résolu, la manie disparaît d'elle-même.

L'éventuelle psychothérapie doit être choisie en fonction de la difficulté dont cette manie est l'expression :

• Relaxation pour l'enfant crispé et tendu ;

• Psychothérapie analytique ou thérapies contractuelles dans les autres cas.

VAGINISME

Le glaive hors du fourreau.[1]

C'est un trouble qui peut apparaître chez une jeune fille ayant des rapports sexuels. Il se manifeste par des douleurs intenses, des spasmes, des contractures au cours de l'étreinte amoureuse.

La cause de ce trouble est d'origine psychologique, le partenaire et les circonstances jouant un rôle important dans son déclenchement.

On traite le vaginisme chez une jeune fille comme d'autres troubles sexuels tels que la dyspareunie*, la frigidité, l'anorgasmie*, par une psychothérapie appropriée.

Nous savons que bon nombre de jeunes filles demandent un moyen de contraception dès l'âge de 14 ou 15 ans, ce qui signifie qu'à 18-20 ans elles ont déjà une certaine expérience sexuelle. Il est préférable toutefois de ne pas se focaliser sur ce seul symptôme.

Le problème affectif sous-jacent est souvent vaste, et ce genre d'ennui est généralement passager.

TRAITEMENT :

- Thérapie analytique.

VERBALISME

Les soliloques du mal-voyant.

Ce mot désigne la façon singulière dont parlent les enfants aveugles.

Le langage de l'enfant mal-voyant de naissance évolue d'une façon particulière, étant donné qu'il ne perçoit visuellement ni les couleurs ni les formes. Au bout d'un moment son langage stagne, et parfois même régresse, car il ne peut enrichir son vocabulaire comme quelqu'un qui perçoit normalement l'ensemble des choses du monde visible.

1. Nous savons que l'expression latine *gladium in vaginam* signifie "le glaive *dans* le fourreau", donc la paix ou la fin d'un combat.

Ici, il est essentiel de trouver le sens du combat que la jeune fille se livre à elle-même.

Parfois il s'agit du refus inconscient des rapports sexuels avec un homme. Il faut chercher avec la patiente la signification de ce cri sourd de son corps: "Ton glaive *hors* de mon fourreau !"

Le verbalisme se manifeste par des soliloques stéréotypés, des bavardages au cours desquels certains mots, certaines expressions ou phrases entières, toujours les mêmes, sont ressassés, des tournures de phrases dont il n'est pas toujours facile de comprendre le sens.

L'enfant mal-voyant, même très soutenu par son entourage, souffre de cette solitude particulière qu'implique sa cécité.

Il existe un *verbalisme dépressif** et un *verbalisme **agressif** à l'égard* de l'entourage.

L'absence de vision rend difficile l'accession de l'enfant au langage écrit, même quand ses parents lui racontent beaucoup d'histoires et parlent volontiers avec lui.

Le verbalisme est associé à des mouvements corporels particuliers et répétitifs, comme le balancement de la tête, les doigts dans les yeux, etc... On appelle ce phénomène le *blindisme* (de l'anglais *blind :* aveugle).

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique au cours de laquelle (c'est le rôle de la construction en analyse) on peut décrire le monde.

Je l'ai pratiquée avec quelques enfants atteints de cécité : ils se sentent moins frustrés*, ce qui les rend moins dépressifs*.

VOYEURISME

Voyons voir !

Le voyeurisme chez l'enfant de 3-4 ans est la simple expression de sa curiosité concernant les organes sexuels d'adultes ou d'enfants de l'autre sexe. Les fillettes cherchent à savoir « comment sont faits les garçons », et inversement...

La curiosité sexuelle est normale chez tout enfant qui essaie de voir en cachette.

Le voyeurisme — comme l'exhibitionnisme* d'ailleurs — fait partie des jeux sexuels de tous les enfants.

Chez les adolescents, cette curiosité suscite parfois de la honte, surtout si elle est associée à des attouchements et au plaisir **auto-érotique** de nature masturbatoire.

Chez l'adulte, le voyeurisme est un handicap, lorsqu'il constitue la seule activité sexuelle susceptible (de manière isolée) de conduire à l'orgasme.

On peut toujours expliquer le voyeurisme comme étant une **fixation** du désir de voir les parents faire l'amour (« Scène primitive »). Mais pourquoi y a-t-il fixation ? Pourquoi le pyromane est-il fasciné par le feu, le kleptomane par des objets dont il n'a nul besoin ?

En fait, le voyeurisme est, comme la kleptomanie, la pyromanie, le fétichisme*... l'une des perversions dont on ignore les causes profondes.

Cependant, le désir de voir est également à l'origine du désir de savoir. Tout enfant possède en lui ce que nous nommons « la **pulsion** scopique » (cette force qui nous pousse à la curiosité).

Quel que soit le domaine où elle s'exerce, la curiosité a pour point de départ le voyeurisme enfantin qu'il faut préserver si l'on veut que l'enfant transforme son désir de voir en volonté de tout savoir (voir **sublimation**), de tout connaître, de tout comprendre.

TRAITEMENT :

• Psychothérapie analytique pour l'adolescent voyeuriste, impuissant*, ou en proie à cette seule **obsession.**

ZÉZAIEMENT

ou Zozotement.

Ce sont des déformations de la prononciation. Elles se manifestent par la substitution de la lettre Z au J et au G doux. Elles sont fréquentes chez l'enfant et disparaissent souvent d'elles-mêmes.

Certains orthophonistes, pour accélérer l'établissement d'une prononciation normale, suggèrent à l'enfant d'imiter le bruit d'un train, en faisant « tchou-tchou »... Ce simple conseil s'est avéré efficace dans plusieurs cas que nous avons traités. L'enfant cesse de zézayer (on dit aussi zozoter) dès qu'il est capable de produire le son « tchou ».

Il y a des adultes qui conservent ce défaut de prononciation : pour certains, cela donne du charme...[1] Toutefois, à quarante ans, ce charme risque d'être désuet. Il faut donc traiter ce défaut *avant*.

TRAITEMENT :

- Orthophonie.

ZOOPHILIE

Il « aime » les animaux.

Nous mentionnons ici la zoophilie par pur goût de l'information et de l'histoire, car en vérité cette pratique de l'acte sexuel entre un adolescent et un animal n'existe pratiquement plus dans nos contrées.

Rappelons néanmoins qu'il fut une époque où adolescents et adultes recherchaient le plaisir sexuel avec des animaux domestiques comme les chèvres, les chiennes, les juments, etc... Zoophilie vient du grec *zôon* (animal) et de *philein* (aimer).

Certaines jeunes filles se faisaient lécher parfois par leurs animaux de compagnie, pour éprouver du plaisir (chat, chiens...).

Cependant, de nos jours, les pratiques zoophiles sont encore

1. On a dit cela de Jean-Christophe Averty, par exemple. En outre, le romancier Brasillach, dans *La Conquérante*, fait à dessein zézayer l'un de ses personnages... Mais ce sont des exceptions.

répandues à la campagne, surtout lorsque la culture interdit sévèrement aux adolescents toute relation sexuelle avant le mariage.

TRAITEMENT :

Une jolie jeune fille, ou un beau jeune homme... (à la place, bien sûr, pas en même temps !). Si néanmoins ce comportement persistait chez un adolescent, comprenons, plus sérieusement, qu'une thérapie analytique paraît absolument nécessaire.

TRAITEMENTS, LIEUX D'ÉCOUTE ET DE CONSULTATION, OÙ ET À QUI S'ADRESSER ? 2

LES DIFFÉRENTES FORMES DE TRAITEMENTS

LES PSYCHOTHÉRAPIES INDIVIDUELLES

LA PSYCHANALYSE

Tout le monde a plus ou moins entendu parler de la psychanalyse. Son objectif concerne avant tout le plaisir de vivre et vise à faire éclore chez un enfant la maturation intellectuelle et affective qui se trouve entravée ou bloquée.

Grâce aux jeux, aux dessins, à la parole, l'enfant associe aux histoires qu'il invente des souvenirs ou des idées qui sont à l'origine de ses **conflits**. Mélanie Klein et Anna Freud (la fille de S. Freud) furent les premières psychanalystes pour enfants.

Actuellement, la psychanalyse telle que nous la pratiquons associe à la remémorisation de souvenirs anciens la reviviscence émotionnelle dans le cadre de séances hebdomadaires régulières. Le psychanalyste doit faire preuve de neutralité, de discrétion et surtout d'intuition qui, alliées à une certaine qualité d'écoute, lui permettent d'**interpréter** dans le **transfert** les sentiments, les représentations, et les comportements de l'enfant en souffrance.

Au cours d'une psychanalyse, les situations d'insatisfaction qui se sont nouées initialement avec le père ou la mère se répètent dans la relation de l'enfant avec nous. Cette transposition des désirs et des insatisfactions, des frustrations*, s'appelle **névrose de transfert.**

La psychanalyse d'enfants progresse dans le jeu grâce à l'interprétation.[1]

Normalement, le psychanalyste déchiffre le *sens caché* du jeu, des rêves et des **symboles,** qui lui est adressé en séances.

Quand peut-on dire qu'un traitement est fini?

Les critères, de ce point de vue, sont très subjectifs. Néanmoins, plaçons au premier plan la disparition de l'angoisse*, des symptômes, des inhibitions, et l'amélioration des relations avec les autres, surtout dans la famille et à l'école.

Ajoutons à cela la disparition des attitudes **régressives, agressives,** ou auto-punitives, ainsi qu'une plus grande capacité à supporter toutes les frustrations* que nous impose la vie.

LES PSYCHOTHÉRAPIES DE SOUTIEN

La psychanalyse d'enfants est, dans le service public, une thérapie d'exception. Il y a en fait maintes techniques inspirées de la psychanalyse.

Les psychothérapies analytiques dites « de soutien » visent plutôt le franchissement d'une étape difficile de l'existence. Elles peuvent toutefois durer plusieurs années.

Les séances ont lieu en face à face, contrairement à la psychanalyse où l'analyste reste dans son fauteuil placé derrière l'adolescent allongé sur un divan (exception faite, évidemment, pour les enfants, avec lesquels on utilise des jouets).

Le psychothérapeute sert de support à l'enfant et noue avec lui un contact non de complicité ou d'amitié, mais de confiance. Les **interprétations** que nous donnons en séance sont souvent destinées à renforcer le **Moi** de l'enfant et à émousser les situations de conflit avec les parents, les enseignants ou les employeurs éventuels s'il s'agit d'un adolescent qui travaille.

L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE (A.T.)

C'est une psychothérapie basée sur l'analyse des rôles, des échanges verbaux, des attitudes des uns vis-à-vis des autres en famille.

Certaines personnes ont tendance à jouer sans cesse des rôles de victime (pour se plaindre), de sauveur (le héros qu'on admire), de persécuteur...

L'analyse des transactions verbales, dans un couple ou dans une famille, permet de dégager un adolescent des attitudes infantiles qu'il adopte, par exemple, systématiquement, devant toute autorité exagérément critique. Ces attitudes se figent en stratagèmes inconscients qui sont de véritables scena-

1. Pour en savoir plus sur la façon dont cela se passe, je renvoie le lecteur au chapitre III de mon *Traité* (Claude Lorin, éditions Privat, 1989).

rii joués avec l'entourage.

Le psychothérapeute pratiquant l'A.T. donne à tout sujet ficelé dans ses jeux la « permission » d'en sortir, et la possibilité de ne pas prendre les autres dans certains pièges familiaux ou sociaux.

Il existe une liste des « jeux » qui se pratiquent en famille. L'adolescent qui fuit ses responsabilités joue à « Regarde ce que tu m'as fait faire... » (tout est de ta faute) ou à « sans lui... » (sans mon crétin de père, je serais formidable). Celui auquel on donne des conseils jouera à « Oui, mais... » (oui, vos conseils sont très intéressants, mais je n'arriverai pas à les suivre). Il pourra même chercher à vous prouver sa bonne foi en jouant à « Regarde tous les efforts que j'ai faits ».

Les parents, quand ils se disputent ou jouent au « surmené », pratiquent souvent le jeu du « tribunal », en prenant leur enfant à témoin : « N'ai-je pas raison »... L'enfant est censé donner raison à l'un plutôt qu'à l'autre, quitte à s'attirer les foudres du perdant. Il peut riposter en jouant à « Battez-vous tous les deux » (et foutez moi la paix !). Les grands-parents, eux, jouent parfois à « La jeunesse d'aujourd'hui, c'est affreux ! », passant ainsi leur temps à critiquer tel ou tel adolescent.

L'analyse des transactions piégées, des jeux névrotiques* avec leurs **bénéfices,** des scenarii dramatiques, permet de se dégager des stratagèmes et de viser des relations d'intimité et de spontanéité où dominent les signes de reconnaissance et les échanges vrais, c'est-à-dire autre chose que des disputes, des reproches, des parlotes, dont le déroulement et l'issue sont toujours les mêmes.

Le but de l'A.T. est non seulement d'aider à être bien dans sa peau où que l'on soit, mais surtout d'être soi-même.

L'Analyse transactionnelle est souvent pratiquée conjointement avec une autre forme de psychothérapie nommée la « Gestalt » (prononcer « Guechtalt ») dont l'inventeur, Fritz Perls, a écrit significativement :

« Le fou dit : "Je suis Napoléon" ».

« Le névrosé : " Ah ! Si j'étais Napoléon !"»

« Une personne bien dans sa peau déclare : "Je suis moi et tu es toi" ».

LA GESTALT-THÉRAPIE

Cette forme de psychothérapie a pour but d'aider les patients à vivre pleinement le moment présent.

Il y a des gens qui se gâchent la vie en regrettant le passé, en anticipant sans cesse sur un avenir qui les empêche d'apprécier l'instant présent.

Pour déjouer ces deux écueils, le psychothérapeute confronte le sujet aux sensations et émotions qu'il est en train de vivre ici et maintenant. Il induit la prise de conscience des besoins fondamentaux de tout être :

— besoin d'aimer et d'être aimé,
— besoin de sécurité, de protection, d'appartenance,
— besoin de liberté, d'autonomie, d'affirmation de soi,
— besoin de se sentir utile, etc.

Il analyse les attitudes de retrait, d'évitement, de réticences, de **projection...** en situation, et au moyen d'*exercices* appropriés. Par exemple : Raconte-moi qui tu es... De quoi as-tu besoin que ça arrive dans ta vie ?... Comment vas-tu t'y prendre pour satisfaire ce besoin ?... Te sens-tu obligé de te conformer à l'image de quelqu'un ? Etc.

Le travail psychothérapique est centré sur l'analyse confrontative des **défenses** qui empêchent un sujet d'entrer *vraiment* en contact avec les autres.

Parmi ces défenses, citons :

— la *déflexion* (évitement du contact oculaire, tactile, verbal, etc.) ;
— la *rétroflexion* (retour sur soi) consistant à se faire à soi-même ce que l'on aimerait que les autres nous fassent, ou qu'on aimerait leur faire (colère rentrée, peur de demander de l'affection, etc.) ;
— la *collusion* (**symbiose,** « confluence », ou dyade). C'est le fait de vivre à deux dans un monde clos, d'être toujours ensemble et toujours d'accord (peur de s'opposer, de dire **non**), d'éviter les divergences ; c'est-à-dire de rester psychologiquement **dépendant** de quelqu'un.

En fait, la collusion revêt des aspects socialisés qui infantilisent l'individu dont la caractéristique est de ne pouvoir penser ou vivre seul et indépendant.

Beaucoup de communautés religieuses, culturelles, syndicales ou politiques sont constituées de sujets qui vivent en totale collusion avec ceux qui croient comme eux ou font comme eux. Religion, syndicat ou parti politique servent alors de béquille.

La symbiose est normale entre le tout-petit enfant et sa mère. La collusion d'idées est parfois recherchée à l'adolescence. Mais à l'âge d'homme, ces mécanismes nous empêchent d'être nous-mêmes.

L'APPROCHE PARADOXALE

C'est une technique psychothérapique fondée sur l'usage des paradoxes et de l'humour.

Watzlawick, Bateson, D. Jackson et d'autres chercheurs américains (Ecole de Palo Alto) ont montré l'intérêt de cette approche.

J'utilise personnellement la « prescription de symptôme » avec les adolescents.

Exemple : Un garçon oublie trois, quatre ou cinq fois de suite de venir à son rendez-vous. Classiquement, on **interprète** la signification de cet « oubli », ce que je fais assez souvent. Mais il est possible de l'aider à dépasser ses réticences futures en lui disant : Pourrais-tu oublier de venir à ton prochain rendez-vous, et t'arranger pour trouver des excuses « bidon » ?

Généralement l'adolescent, stupéfait d'une telle demande, n'oublie pas de venir à la séance suivante.

J'utilise même cette technique avec mes étudiants à l'université, qui sont souvent tendus et anxieux à l'approche des examens. J'aimerais, leur dis-je, que vous soyez inquiets et crispés quand vous passerez l'oral avec moi. Soyez mal dans votre peau. Faites votre possible pour ne pas me rendre vos dossiers à temps ou pour arriver une demi-heure en retard à l'examen. N'oubliez surtout pas d'être angoissés et terrorisés ! Tous éclatent de rire et cela détend l'atmosphère.

Watzlawick a écrit deux ouvrages très sérieux mais très agréables à lire, intitulés : *Faites vous-même votre malheur* (Le Seuil) et *Comment réussir à échouer.*

L'approche paradoxale, très utilisable dans la vie quotidienne, est à manier avec prudence sur le plan psychothérapique. Mais, incontestablement, cette technique déjoue l'attente anxieuse et encourage ceux qui sont persuadés de rater quelque chose (« Je suis sûr que ça ne marchera pas »), ou ceux auxquels comme par hasard il arrive toujours des *ennuis de dernière minute* et qui, bien sûr, ont la conviction que c'est « indépendant de leur volonté ».

LES THÉRAPIES D'EXPRESSION CRÉATIVE

Elles s'appuient sur des activités qui plaisent à l'enfant : dessin, peinture, musique, marionnettes, modelage, voire même expression corporelle, danse, etc. Elles sont très utilisées dans nos consultations.

Les soucis esthétiques et éducatifs ne sont évidemment pas au premier plan. La peinture « à doigts » n'a pas pour objectif la reproduction d'une œuvre de maître, mais l'expression des émotions, des **fantasmes,** des inquiétudes qui peuplent l'univers étriqué de l'enfant en souffrance.

Il n'est pas rare toutefois que l'enfant cherche à créer de « beaux » objets qu'il conservera pour lui-même ou offrira à quelqu'un. Cette activité n'est donc pas un simple passe-temps. Grâce à la succession de ses productions (peinture par exemple) le tout-petit voit évoluer la qualité de ses relations avec les autres. L'expression artistique peut être utilisée dans un but aussi bien diagnostique que psychothérapique.

LA THÉRAPIE NON DIRECTIVE

Cette technique ne requiert pas l'usage d'explications ou d'**interprétations.** Le psychologue, complètement neutre, se contente de reformuler ce que dit l'adolescent concernant ses sentiments, ses croyances, ses **fantasmes.** A cette reformulation, il associe parfois l'énoncé de ses propres sentiments dans une perspective thérapeutique précise : faire savoir au sujet quel effet produit sur lui telles attitudes, tels fantasmes ou sentiments.

Cette thérapie, essentiellement *centrée sur le sujet*, a été inventée par l'Américain Carl Rogers.

L'HYPNOSE - LA SUGGESTION

L'hypnose est une méthode de traitement que nous n'utilisons pas avec les enfants. Mais il faut quand même savoir qu'elle le fut au début du siècle, jusque dans les années soixante quand Chertok réhabilita la suggestion.

La suggestion peut parfois lever certains symptômes, dissiper des angoisses*, apporter une détente, voire une prise de conscience après coup de certains troubles psychologiques. Mais les indications sont rares, et les bases théoriques sujettes à discussion. On ne sait pas grand-chose de la nature profonde des liens hypnotiques.

LA RÉÉDUCATION PSYCHOMOTRICE (R.P.M.)

Les psychomotriciens utilisent cette technique dont le but est de prendre en compte l'expression du corps dans son rapport au développement intellectuel et affectif d'un enfant.

Jeux et mime, par exemple, sont utilisés avec des enfants qui parlent peu ou mal ; le but est de soigner les troubles en s'appuyant sur la relation affective que le psychomotricien noue avec l'enfant.

La rééducation fonctionnelle chez un enfant souffrant de troubles psychologiques (autisme*, psychose*...) suppose la prise en compte de sa personnalité totale.

LA RELAXATION

On l'utilise avec les adolescents anxieux*, stressés, instables*, ou bien atteints de tics*, de bégaiement*, d'insomnie*...

Objectifs : décontraction, dissipation de l'anxiété, contrôle de soi.

En séance, des exercices de décontraction, de régulation de la tonicité et de la respiration, sont associés à l'expression verbale des sensations éprouvées, dans le but de retrouver une compréhension et une maîtrise de sa vie affective. L'adolescent est invité à répéter en dehors des séances les exercices de relaxation pratiqués : les bénéfices obtenus en séance ont ainsi des prolongements effectifs dans les situations de la vie quotidienne.

LE YOGA

On l'utilise parfois avec les enfants, dans la mesure où cette technique de détente suppose, comme en relaxation, un contrôle respiratoire et des exercices de concentration mentale.

Cela dit, précisons que les préoccupations spirituelles et les exercices « d'extase » religieuse du bouddhisme zen ne sont hélas pas d'un grand secours pour soulager l'enfant européen en proie aux troubles spécifiques et aux stress de notre culture.

DÉCONDITIONNEMENT : LA DÉSENSIBILISATION SYSTÉMATIQUE (D.S.)

Cette technique repose elle aussi sur une pratique de la relaxation. Que fait-on, par exemple, avec un enfant souffrant de claustrophobie dans les ascenseurs ? On l'invite à s'allonger et à se relaxer sur un divan ; on lui demande d'imaginer la scène qui lui fait peur, en suivant un certain ordre de mise en images. Dans ce cas précis, l'ordre sera :

1. Tu es à 50 mètres de l'ascenseur, que se passe-t-il ?
2. Tu es à 20 mètres de l'ascenseur, que ressens-tu ?
3. Tu es maintenant à 10 mètres, qu'est-ce que tu imagines ?
4. Tu es juste devant l'ascenseur, que crois-tu qu'il puisse se passer ?
5. Tu entres dans l'ascenseur, les portes restent ouvertes ; Comment te sens-tu ?
6. Tu es dans l'ascenseur, les portes se ferment, tu montes au premier étage et tu sors.

Voici donc grosso modo la technique. Les première images sont lointaines, et la situation est irréelle. L'adolescent se relaxe. Au fur et à mesure qu'il s'approche, il maîtrise en imagination l'objet de sa peur. On alterne avec tact la relaxation avec la scène inquiétante. Si l'adolescent est trop angoissé, on lui demande de penser à quelque chose d'agréable. Il ne faut pas hésiter à revenir en arrière et à reconsidérer les étapes du processus d'approche. La situation d'angoisse* peut être maîtrisée au bout d'une quarantaine de séances.

Ensuite, la situation est abordée « pour de vrai », avec le psychologue qui accompagnera l'enfant ou l'adolescent jusqu'à l'ascenseur le plus proche.

Ainsi sont traitées un certain nombre de phobies*, avec des résultats durables. Les symptômes ne sont pas plus spécialement « **déplacés** » que dans une analyse classique, contrairement à ce que prétendent les novices.

LA TECHNIQUE D'IMMERSION

Elle consiste, ainsi que je viens de le dire, en une confrontation réelle, prolongée et suivie, de l'enfant à l'objet qu'il craint (l'ascenseur dans notre exemple). L'exposition à la situation suscitant l'angoisse* fait évidemment suite au processus de désensibilisation évoqué ci-dessus.

Un adolescent souffrant d'une phobie* des transports (voiture, avion, etc.) sera accompagné sur le terrain par le psychologue qui a pratiqué la relaxation et les séances de désensibilitation systématique. Le but est de par-

venir à la maîtrise de la situation redoutée par l'adolescent dans la réalité de tous les jours.

Les psychologues qui pratiquent cette méthode sont des *comportementalistes*.

L'AFFIRMATION DE SOI

C'est une thérapie active utilisable avec les adolescents craintifs, inhibés, anxieux* ou émotifs.

A l'origine, le terme anglais *to assert* signifiait libérer quelqu'un de l'esclavage.

Cette technique redonne à l'adolescent la possibilité de défendre ses droits, d'exprimer ses idées et ses sentiments.

Le *comportement assertif* s'oppose au comportement passif ou **agressif.** L'entraînement à *l'assertion* permet à tout adolescent d'agir dans son propre intérêt, de s'exprimer sans anxiété*, avec sincérité et aisance, de se sentir à l'aise en famille, à l'école et dans la société.

Le problème est d'abord défini par l'adolescent en consultation. Certaines situations embarrassantes sont abordées. Par exemple : accepter ou faire un compliment ; s'opposer fermement à quelqu'un sans que s'expriment des sentiments agressifs incontrôlés.

Le *Jeu de rôle* est utilisé pour l'exploration de situations types. La communication non verbale est prise en compte : contacts visuels, intensité de la voix, postures, soupirs, gestes, etc. Le but n'est pas d'analyser *pourquoi* il y a des problèmes, mais comment *changer* et se débarrasser de comportements maladifs, comment découvrir de nouvelles manières d'exprimer ses sentiments et ses opinions. La notion du respect de soi et du droit des autres est essentielle dans cette thérapie.

L'ENTRAINEMENT À LA COMMUNICATION SOCIALE

Cette thérapie, destinée aux adolescents et aux adultes esseulés, repliés sur eux-mêmes et déprimés*, est une forme sociale d'affirmation de soi. Le principe d'entraînement à la communication consiste à établir avec l'adolescent une liste d'attitudes qu'il désire modifier dans son comportement. Les objectifs étant spécifiés, on utilise un certain nombre de gratifications (renforçateurs) que le sujet désire obtenir, afin de l'aider à abandonner ses comportements névrotiques.

L'adolescent est guidé dans son travail de dépassement de ses inhibitions sociales. On lui suggère d'avoir un carnet d'adresses, d'écrire, de téléphoner, d'inviter des relations, et on l'incite à se faire des amis s'il n'en a pas.

LA THÉRAPIE COGNITIVE

On l'utilise avec des enfants ou des adolescents timides*, souffrant de sentiments d'infériorité, d'idées fixes, qui se discréditent et se dévalorisent sans cesse.

Plusieurs méthodes sont utilisées :

Citons l'arrêt du discrédit ; quand un enfant se dénigre sans cesse (« je suis méchant, je suis bête, je ne vaux rien, je suis incapable de... », etc.), le psychologue souligne chaque expression de ce type et montre à l'enfant comment ses pensées renforcent ses comportements d'échec.

On analyse les pensées qui surgissent à chaque fois qu'il agit contre son intérêt. Quand il exprime une pensée négative en séance, on le signale (d'un mot ou d'un geste), de façon à provoquer la prise de conscience des pensées délibérément hostiles à l'égard de soi-même : « Pourquoi crois-tu que tu es un imbécile ? Qui dit cela ? Que va-t-il se passer si tu continues à le croire ? ».

Il en résulte, en séance, un arrêt du discrédit. Il faut, certes, s'assurer que le monologue intérieur ne se poursuit pas tandis que le discrédit à haute voix a disparu.

Autre méthode : *la projection dans le futur.* L'adolescent imagine des situations agréables qu'il est susceptible de créer ; des paroles heureuses qu'il suscitera à son propos dans ces situations.

Cette anticipation de la réalité fait disparaître les pensées désagréables, fausses et inadaptées qui entravent son développement psychologique.

LES PSYCHOTHÉRAPIES DE GROUPE

LE PSYCHODRAME D'ENFANTS

Le psychodrame est un ensemble de techniques psychologiques reposant sur le jeu de rôle, l'expression d'émotions enfouies, l'improvisation théâtrale d'un récit et l'**interprétation** des rôles choisis.

Dans mon travail j'utilise plusieurs formes de psychodrame.

Le psychodrame diagnostique

Grâce à l'improvisation de certains rôles, on peut diagnostiquer un trouble psychologique. On invite l'enfant à improviser une scène à son idée et on lui propose de choisir parmi quelques-unes des situations suivantes :

— l'improvisation d'une scène avec un personnage réel ou imaginaire (qu'il choisit),

— l'interprétation d'un rôle qu'on lui assigne d'office,

— l'adaptation à un scénario conçu par le psychologue dans le but de savoir quel rôle l'enfant choisira.

Cette technique possède la précision d'un véritable test.

Le psychodrame pédagogique

Il vise à rendre plus spontané un enfant craintif, timide* et anxieux*, grâce au jeu théâtral. Pour ne prendre que les pièces de Molière par exemple, les rôles de l'*Avare*, du *Misanthrope*, du *Distrait*, de *Dom Juan* ou de Sganarelle conviennent, c'est certain, à des enfants dont les traits de caractère sont en étroit rapport avec ceux des personnages.

L'apprentissage des rôles nouveaux, en dehors bien sûr de tout enseignement purement scolaire, avec déguisement et grimage, permet à l'enfant d'acquérir dans la vie quotidienne une vive intuition, des attitudes sociales aisées, des convenances, et une manière de gérer ses vrais intérêts.

Le psychodrame thérapeutique collectif

Un groupe de quatre à six enfants se réunit une fois par semaine pour une séance de trois quarts d'heure environ, en présence de deux psychothérapeutes formés au psychodrame. La séance se déroule ainsi :

1. *Choix du thème* : les enfants imaginent ensemble un scénario ;
2. *Attribution des rôles* : chacun choisit le sien. Souvent, l'enfant qui a proposé l'histoire s'approprie le rôle qu'il désire et les autres choisissent parmi les rôles qui restent ;
3. *Le jeu* : il doit respecter le thème choisi au départ. Le coup de pouce initial dépend souvent des animateurs.

Les psychologues, sous couvert du rôle qui leur a été attribué par les enfants, font un travail d'**interprétation** dans le jeu ;

4. *Le commentaire* : chaque enfant commente la façon dont il s'est senti dans son rôle, le rapport existant entre son personnage et sa vie de famille.

Notre intervention à ce moment consiste à souligner les singularités du jeu, des rôles, et l'écart qui s'est produit éventuellement entre le thème proposé initialement et le jeu tel qu'il a été interprété.

Le psychodrame — que l'on appelle aussi *théâtre thérapeutique* — plaît beaucoup aux enfants qui réalisent à travers leur mise en scène un travail psychologique en s'amusant : donc presque sans s'en apercevoir.

L'ERGOTHÉRAPIE

C'est une manière de soigner l'enfant en lui proposant une activité de création manuelle. Dans les ateliers de poterie, de vernissage, de travail du bois ou du cuir, réalisés à cette fin dans certains hôpitaux et dispensaires, le groupe et l'activité elle-même sont thérapeutiques : cela émousse les conflits, améliore la sociabilité d'adolescents repliés sur eux-mêmes, et l'activité débouche pour chacun sur un acte de création.

Hors de France, certaines activités ergothérapiques ont lieu à la campagne, dans les champs.

La création de liens entre les participants est en elle-même thérapeutique.

LA THÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

L'institution en elle-même peut être thérapeutique. Certains adolescents viennent au dispensaire (sans rendez-vous souvent) pour « dire bonjour » et pour avoir des nouvelles d'Untel... L'institution est pour certains leur seconde demeure. Ils se sentent protégés, soutenus, aidés, soulagés par le seul fait de venir dans un lieu qui les accueille sans rien leur demander.

L'ensemble des professionnels exerçant dans l'institution constitue une sorte de *contenant* protecteur, une « enveloppe » en quelque sorte.

LA THÉRAPIE FAMILIALE

Par leur insistance à dire que leur enfant a des problèmes, certains parents évitent d'évoquer leurs propres difficultés dont quelques-unes peuvent être en relation avec les troubles de l'enfant. Il arrive même que ces parents utilisent involontairement les « problèmes » de leur enfant pour préserver le fragile équilibre de leur relation conjugale.

En thérapie familiale, la mère, le père, parfois les grands-parents, sont convoqués et doivent être présents aux séances.

Le psychologue observe la façon dont l'enfant réagit quand il est avec ses familiers (l'enfant est nommé le « patient désigné » parce que ce sont ses parents qui le désignent comme étant le seul à « aller mal »). On comprend ainsi les processus de coalition inconsciente ou d'alliance qui ont donné naissance à tel symptôme dont les uns et les autres tirent de subtils **bénéfices.**

L'hypothèse de départ est que l'enfant (aussi étrange que cela paraisse) *aide* ses parents, grâce à son comportement anormal... Reste à trouver de quelle manière, et comment changer cela.

Lorsque nous utilisons cette approche, nous cherchons à savoir quand et comment s'est constitué le symptôme. Les entretiens avec la famille sont précieux pour déterminer l'origine d'un **conflit** et découvrir dans quelles circonstances sont utilisés, par exemple, un tic*, un bégaiement*, une phobie*.

Une stratégie de soins, généralement contractuelle, découle des informations fournies aussi bien par le « porteur du symptôme » que par son entourage, ainsi que de l'observation des « interactions » du système familial dans son ensemble.

LIEUX D'ÉCOUTE ET CENTRES DE CONSULTATION

Les centres de Prévention de la petite enfance

Il y a en France, dans chaque département, au moins un Centre de protection maternelle et infantile (P.M.I.) où médecins, psychologues, puéricultrices et assistantes sociales travaillent ensemble et veillent au bon développement physique et psychologique des bébés.

Objectif : dépistage et prévention des troubles psychologiques et physiques dus à d'éventuelles carences* quand, par exemple, la famille en crise perturbe l'équilibre de l'enfant.

Les consultations gratuites concernent les enfants de 0 à 2 ans environ.

Votre mairie, ainsi que les organismes départementaux (dont nous publions la liste intégrale un peu plus loin) peuvent vous donner l'adresse et le numéro de téléphone de la P.M.I. dont vous dépendez. Cela est valable pour toutes les institutions que nous évoquerons par la suite.

Il existe en outre, depuis 1970, des Centres d'action médico-sociale précoce (C.A.M.S.P.) regroupant un centre de P.M.I., un centre de **Guidance** infantile et une consultation d'éducation familiale.

Certains services sont rendus à domicile pour les personnes défavorisées ou celles qui ont des difficultés à se déplacer. Puéricultrices, assistantes sociales, sages-femmes à domicile, travailleurs sociaux et éducateurs sont là pour vous aider.

Les institutions spécialisées

Elles fournissent à l'enfant en difficulté un cadre thérapeutique qui va lui permettre de surmonter les problèmes qu'il rencontre dans ou avec sa famille. Outre la pratique de psychothérapies et rééducations diverses, l'établissement en lui-même possède un pouvoir thérapeutique institutionnel ayant des effets bénéfiques sur l'enfant.

Chaque établissement établit ses propres modalités d'accueil et le type d'enfants qui y sont acceptés.

Pour connaître les adresses de ces Institutions ou des Centres dont nous parlons ci-après, contactez les organismes départementaux (les D.D.A.S.S. en particulier).

Le Placement familial spécialisé

Placer un enfant en souffrance dans une **famille d'accueil** suppose que ses parents ne puissent (ou ne veuillent) pas s'occuper de lui. Une nourrice agréée, aidée et encadrée par une équipe de psychologues, psychiatres et éducateurs spécialisés, prend le relais. Elle est rémunérée et ne peut

accueillir plus de deux enfants à la fois. Elle est d'ailleurs sélectionnée grâce à une série d'entretiens et doit témoigner d'un bon équilibre psychologique ainsi que d'une vie conjugale normale.

Le couple qui accueille ne doit pas avoir trop d'enfants à charge et n'être pas trop âgé, surtout si l'enfant est un bébé. Ces familles accueillent ainsi et sécurisent des enfants perturbés qui peuvent alors vivre normalement. L'accueil chaleureux dans un tel cadre est essentiel et bénéfique pour l'enfant. Le séjour peut être temporaire ou couplé avec un internat. Il existe même des familles d'accueil transitoire pour toxicomanes en post-cure.

Le placement familial peut poser de gros problèmes avec certains enfants qui s'efforcent de le mettre en échec, en provoquant des situations qui amèneront à les rejeter à cause de leur comportement (violences verbales, violences gestuelles envers les plus jeunes, etc.), surtout lorsque la famille de naissance intervient sporadiquement. Certains de ces enfants ont connu, en douze ans, plus de quatorze placements différents.

Il s'agit donc, autant que possible, de préparer les enfants et les familles au placement qui ne doit pas être présenté à l'enfant comme une tentative pour remplacer les « mauvais » parents d'origine par les « bons » parents de substitution.

Les Instituts médicaux-éducatifs (I.M.E.)

Leur objectif est surtout éducatif et concerne des enfants atteints de troubles psychologiques.

Il y a des internats et des externats.

Psychologues, enseignants spécialisés, éducateurs et pédiatres accueillent les enfants dans le cadre d'activités pédagogiques et pré-professionnelles, jusqu'à 18 ans et parfois même 21 ans.

L'admission des enfants dans ces centres dépend de la Commission départementale d'éducation spécialisée (C.D.E.S.).

Les Centres médicaux-psycho-pédagogiques (C.M.P.P.)

Créés en France depuis 1946, ils assurent le dépistage, le diagnostic et le traitement des enfants souffrant de difficultés psychologiques diverses. Ces enfants sont adressés soit par la famille, soit par l'école, soit par le médecin ou les services sociaux.

Il existe des C.M.P.P. dans toutes les grandes villes de France.

Les Hôpitaux de jour

Ce sont de petits externats.

C'est-à-dire que les enfants y passent la journée en rentrent chez eux le soir.

Ils offrent des prises en charge psychologiques, pédagogiques et psycho-thérapiques intensives.

Quel genre d'enfants fréquentent un hôpital de jour ?

Tout d'abord, ceux qui ne sont plus supportés par leurs parents, ceux dont la présence dans la famille crée des conflits graves, au point parfois que l'un des membres du couple parental tombe dans la dépression*. Les parents sont évidemment soutenus tout au long de l'hospitalisation à temps partiel.

Il s'agit de petites structures : on y accueille seulement de dix à trente enfants.

Les Groupes d'aide psycho-pédagogiques (G.A.P.P.)

Ce sont également de petites structures comprenant un psychologue, un rééducateur, un psychomotricien, intervenant au sein de plusieurs écoles. Il y a en France environ deux mille G.A.P.P. qui travaillent avec les C.M.P.P., les Centres de Guidance, les enseignants et les médecins scolaires.

Leur objectif est aussi le dépistage des troubles psychologiques.

Bien que des prises en charge psychologiques au sein d'un G.A.P.P. soient possibles, l'enfant à problèmes est souvent adressé à des structures de soins situées en dehors de l'école.

Les Centres de Guidance infantile

Ces centres de soin proposent à l'enfant un abord psychothérapique de ses difficultés. Le coût des soins est pris en charge par la Sécurité sociale, les organismes départementaux comme la D.D.A.S.S., ou par l'hôpital dont dépend le Centre.

Les parents viennent généralement eux-mêmes exposer les problèmes de leur enfant ou les difficultés qu'ils rencontrent avec lui. Ils sont accueillis par un membre de l'équipe qui peut être psychiatre, orthophoniste, infirmier psychiatrique ou psycho-rééducateur.

Les enfants y sont suivis en consultations hebdomadaires, individuellement ou en groupes (psychothérapies individuelles ou collectives, comme le psychodrame par exemple).

Les Centres d'aide par le travail (C.A.T.)

Quoiqu'agréés par la Sécurité sociale, ces Centres sont souvent gérés par des organismes associatifs ou privés. Ils sont en rapport avec les Associations départementales d'amis et de parents d'enfants inadaptés, ainsi qu'avec des Instituts médico-professionnels, des Foyers, des Centres de Guidance ou des C.M.P.P.

A qui s'adressent ces Centres ? A des adolescents susceptibles d'avoir une activité professionnelle. Des psychologues, des psychiatres et des éducateurs aident les jeunes travailleurs si leurs difficultés personnelles entravent leur travail.

Les C.A.T. évitent aux jeunes adultes plus ou moins submergés par leurs problèmes personnels d'être désinsérés de leur milieu socio-professionnel et de rester passifs dans un asile.

Les Centres d'aide psychologique universitaires

Ils sont destinés aux étudiants souffrant de difficultés psychologiques.

Des soins ambulatoires (psychothérapie, rééducation médico-psychologique, orthophonie...) y sont gratuitement dispensés dans toutes les grandes villes universitaires.

Les diagnostics, la prévention et les soins sont assurés par une équipe de psychologues, de psychiatres, d'assistantes sociales et de pédagogues. L'étudiant peut aussi être orienté vers un centre spécialisé susceptible de prendre en charge ses problèmes particuliers, à moyen ou long terme.

L'Hôpital psychiatrique

Les hôpitaux psychiatriques reçoivent parfois des enfants de moins de 16 ans souffrant de troubles psychologiques importants et relevant d'un traitement psychiatrique.

Les consultations avec un psychologue sont libres et prises en charge par la Sécurité sociale ou, le cas échéant, par l'Aide sociale.

Si un adolescent de plus de 16 ans refuse de consulter alors qu'il s'avère dangereux *pour lui-même ou pour autrui,* deux solutions sont possibles pour le contraindre à se faire soigner : le placement d'office dans un établissement régi par la loi du 30 juin 1838, ou le placement volontaire.

Le Placement volontaire (P.V.)

Il se fait sur la demande écrite d'un tiers (parent, ami, voisin, assistante sociale...) accompagnée d'un certificat médical délivré par un praticien extérieur à l'hôpital qui aura examiné le patient.

Le malade sera en placement libre, avec l'accord de la Préfecture. La durée de son séjour sera subordonnée au jugement du médecin traitant qui prendra toutes décisions concernant les soins et la date de sortie de l'établissement.

Le P.V. *d'urgence* dispense de présenter un certificat établi par un médecin de ville ; un certificat médical d'urgence est fait par le médecin hospitalier.

Le Placement d'office (P.O)

Il s'agit d'une mesure plus contraignante ; on y fait appel pour des raisons de sécurité, quand les malades sont dangereux.

Il faut toujours

— un certificat médical d'un médecin extérieur à l'hôpital,

— *un arrêté provisoire de séquestration,* signé par le maire, qui sera abrogé ou confirmé par le Préfet,

— un certificat médical immédiat établi par le médecin psychiatre hospitalier.

La levée du P.O. est décidée par le Préfet, lequel s'enquiert de l'évolution du patient tous les mois, grâce aux rapports médicaux.

La sortie des mineurs doit se faire chez une personne qui en a l'autorité, sauf dérogation.

Dans la plupart des cas, il est néanmoins préférable de faire appel — avec l'appui de la famille — à la procédure de placement volontaire, incontestablement moins carcérale.

OÙ ET À QUI S'ADRESSER ?

Où que l'on soit et quelque soit la question que l'on se pose, voici deux adresses où l'on peut toujours s'adresser :

— par *minitel*, en composant le 3615 suivi du code Psychotel;

— en écrivant au *Journal des psychologues*, 61, rue Max-Dormoy - 13004 Marseille, dont la direction est assurée par Armand Touati.

LE SERVICE PUBLIC

Voici la liste des organismes départementaux auprès desquels vous pouvez vous informer pour connaître l'adresse des dispensaires et Centres d'aide, de prévention ou de soins, dont vous dépendez, c'est-à-dire le plus proche de votre domicile.

01 - AIN
Direction de l'action sociale sanitaire et sociale
3, Bd Paul-Valéry - O1000 Bourg-en-Bresse - Tél. 74 21 14 74

02 - AISNE
Direction de la prévention et de l'action sociale
28, rue Fernand-Christ - 02011 Laon cedex - Tél. 23 23 47 11

03 - ALLIER
Service des actions sociales et de santé
23 rue Denain - 03000 Moulins - Tél. 70 46 14 32

04 - ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE
Direction des services sanitaires et sociaux
Place des Récollets - BP 134 - 04007 Dignes cedex - Tél. 92 31 02 21

05 - HAUTES-ALPES
Service départemental d'action sociale et de santé
Centre Administratif Desmichels - BP 159 - 05008 Gap cedex - Tél. 92 52 24 91

06 - ALPES-MARITIMES
Direction des actions médicales et sociales
Conseil Général des A.- M. - BP 7 - 06030 Nice cedex - Tél. 93 83 91 93

07 - ARDÈCHE
Direction des affaires sociales départementales
2 bis, rue de la Recluse - 07006 Privas cedex - Tél 75 64 66 06

08 - ARDENNES
Direction des interventions sociales ardennaises
13, place Winston-Churchill - 08000 Charleville-Mézières - Tél. 24 56 12 56

09 - ARIÈGE
Aide départementale au développement social et à la santé
9, rue du Lieutenant-Delpech - BP 123 - 09007 Foix cedex- Tél. 61 65 23 23

10 - AUBE
Direction départementale des actions médico-sociales
Cité administrative des Vassaules - 10026 Troyes - Tél. 25 81 91 19

11 - AUDE
Direction départementale de la solidarité
Boite postale n° 855 - 11012 Carcassonne cedex - Tél. 68 25 71 00

12 - AVEYRON
Direction de l'action sociale et médico-sociale
4, rue de Paraire - 12006 Rodez cedex - Tél. 65 68 60 83

13 - BOUCHES-DU-RHÔNE
Direction des interventions sociales et sanitaires
66a, rue Saint-Sébastien - 13296 Marseille cedex - Tél. 91 54 90 40

14 - CALVADOS
Direction des services sociaux
5, place Félix-Eboué BP 519 - 14035 Caen cedex - Tél. 31 84 81 70 / 31 85 66 43

15 - CANTAL
Services sanitaires et sociaux
3, rue Ampère BP 413 - 15004 Aurillac cedex - Tél. 71 64 91 88

16 - CHARENTE
Service départemental d'action sociale
44, rue de l'Arsenal - 16017 Angoulême cedex - Tél. 45 92 21 16

17 - CHARENTE-MARITIME
Direction de la solidarité départementale
2, avenue de Fétilly - 17038 La Rochelle cedex - Tél. 46 34 99 33

18 - CHER
Direction de la prévention du développement social
28, place de la Nation - 18016 Bourges cedex - Tél. 48 65 93 93

19 - CORRÈZE
Direction des affaires sanitaires et sociales - actions départementales
6, avenue Raymond-Poincaré - 19012 Tulle cedex - 55 20 18 83

20 - HAUTE-CORSE
Direction des interventions sociales et sanitaires
Centre administratif « Le Rivoli » - Lupino - 20200 Bastia - Tél 95 33 07 27

20 - CORSE-DU-SUD
Direction de l'action sociale et de la protection sanitaire
7, cours Grandval - 20184 Ajaccio cedex - Tél. 95 21 37 91

21 - CÔTE-D'OR
Direction de la protection sanitaire et sociale
16-18 rue Nodot BP 541 - 21034 Dijon cedex - Tél. 80 73 81 81

22 - CÔTES-DU-NORD
Service départemental de l'action sanitaire et sociale
1, rue du Parc, BP 1049 - 22021 Saint-Brieuc cedex - Tél 96 61 57 21

23 - CREUSE
Direction départementale de la solidarité
13, rue Joseph-Ducouret BP 59 - 23011 Guéret cedex - Tél. 55 52 10 54

24 - DORDOGNE
Direction départementale de la solidarité et de la prévention
Cité administrative - 24016 Périgueux cedex - 53 08 04 41

25 - DOUBS
Direction des actions sociales du Doubs
18, rue de la Préfecture - 25043 Besançon cedex - Tél. 81 82 80 33

26 - DRÔME
Direction départementale de développement social et de la santé
13, av. Maurice-Faure BP 1126 - 26011 Valence cedex - Tél. 74 40 93 22

27 - EURE
Direction des actions sociales et de santé
Hôtel du département, Bld Georges-Chauvin - 27021 Evreux cedex
Tél 32 33 25 00 / 32 39 40 90

28 - EURE-ET-LOIR
Direction de la prévention et de l'action sociale
31, rue Sainte-Même - 28026 Chartres cedex - Tél 37 21 39 99

29 - FINISTÈRE
Direction de l'action sociale départementale
Cité administrative de Ty-Nay - 29196 Quimper cedex - Tél. 98 95 40 00

30 - GARD
Direction départementale du développement social et de santé
10, rue Villeperdrix - 30034 Nîmes - Tél. 66 67 85 61

31 - HAUTE-GARONNE
Direction de la solidarité départementale
31, rue de Metz - 31090 Toulouse cedex - Tél. 61 33 40 00

32 - GERS
Direction de la solidarité départementale
Place de l'Ancien-Foirail - 32011 Auch cedex - Tél. 62 05 24 89

33 - GIRONDE
Direction des actions sociales et de santé
Terrasse du Maréchal-Koenig BP 922 - 33062 Bordeaux cedex - Tél. 56 93 81 81

34 - HÉRAULT
Direction de la solidarité départementale
85, avenue d'Assas BP 1092 - 34007 Montpellier cedex - Tél. 67 52 56 52

35 - ILLE-ET-VILLAINE
Direction des affaires sociales
13, av. de Cucillé BP 64 A - 35031 Rennes cedex - Tél. 99 02 92 22

36 - INDRE
Direction de l'action sociale départementale
Cité administrative BP 587 - 36019 Châteauroux cedex - Tél. 54 34 82 00

37 - INDRE-ET-LOIRE
Direction de la prévention et de l'action sociale
38, rue E. Vaillant - 37041 Tours cedex - Tél. 47 61 81 05

38 - ISÈRE
Direction de la santé et de la solidarité
17-19, rue Commandant-L'Herminier - 38027 Grenoble cedex - Tél. 76 42 81 62

39 - JURA
Direction des services sociaux du département
15, boul. Jules-Ferry BP 348 - 39015 Lons-le-Saunier - Tél. 84 47 12 12

40 - LANDES
Direction de la solidarité départementale
Cité Galliane BP 267 - 40005 Mont-de-Marsan - Tél. 58 06 10 10

41 - LOIR-ET-CHER
Direction de la prévention et de l'action sociale
Hôtel du département - 41020 Blois cedex - Tél. 54 74 62 22

42 - LOIRE
Direction de la protection sociale
4, rue des Trois-Meules 6 BP 116 - 42010 Saint-Etienne cedex - Tél. 77 80 59 89

43 - HAUTE-LOIRE
Service départemental d'action sociale
8, rue de Vienne BP 310 - 43012 Le Puy cedex - Tél 71 05 78 66

44 - LOIRE-ATLANTIQUE
Direction départementale des interventions sociales
Maison de l'administration nouvelle (MAN), rue René-Viviani
44062 Nantes cedex - Tél. 40 47 10 47

45 - LOIRET
Direction de l'action sociale départementale
131, rue du Faubourg Bannier - 45042 Orléans cedex - Tél. 38 54 35 35

46 - LOT
Direction des actions et préventions sanitaires et sociales
Cité sociale des Tabacs, rue Victor-Hugo - 46010 Cahors cedex - Tél. 63 30 05 01

47 - LOT-ET-GARONNE
Direction départementale de la vie sociale
163, av. Maréchal-Leclerc - 47016 Agen - Tél. 53 96 50 50

48 - LOZÈRE
Direction de la solidarité départementale
Cité administrative BP 24 - 48005 Mende - Tél. 66 49 10 80

49 - MAINE-ET-LOIRE
Direction des interventions sanitaires et sociales
26ter rue de Brissac, Bât. Harcourt - 49043 Angers cedex - Tél. 41 88 91 24

50 - MANCHE
Service départemental d'action sociale
586, rue de l'Exode BP 399 - 50009 Saint-Lô - Tél. 33 05 68 66

51 - MARNE
Service de l'action sociale
2bis, rue de Jessaint - 50138 Chalons-sur-Marne cedex - Tél. 26 65 18 57

52 - HAUTE-MARNE
Direction de la solidarité départementale
BP 509 - 52011 Chaumont cedex - Tél. 25 32 53 30

53 - MAYENNE
Direction des services départementaux de l'action sociale et sanitaire
Place de Mettmann BP 888 - 53041 Laval cedex - Tél. 43 49 10 00

54 - MEURTHE-ET-MOSELLE
Service départemental des affaires sociales
27, rue du Cardinal-Mathieu, Case officielle n° 3945 - 54029 Nancy cedex
Tél. 83 28 91 05

55 - MEUSE
Service départemental d'action sociale
Cité administrative BP 549 - 55013 Bar-le-Duc cedex - Tél. 29 45 31 55

56 - MORBIHAN
Direction de l'action sanitaire et sociale départementale
Boulevard de la Résistance - 56019 Vannes cedex - Tél. 97 63 20 22

57 - MOSELLE
Direction des actions sociales
7, rue Nexirue - 57046 Metz cedex 1 - Tél. 87 75 16 30

58 - NIÈVRE
Direction de la solidarité départementale
24, rue de la Préfecture BP 839 - 58019 Nevers cedex - Tél. 86 57 80 90

59 - NORD
Service de prévention et d'action sociale
Cité administrative - 59014 Lille cedex - Tél. 20 52 00 25

60 - OISE
Direction des interventions sanitaires et sociales
Avenue de l'Europe BP 241 - 60009 Beauvais cedex - Tél. 44 48 48 05

61 - ORNE
Mission d'action sociale et de santé
13, rue Marchand-Saillant - 61016 Alençon cedex - Tél. 33 32 09 00

62 - PAS-DE-CALAIS
Service de l'action sociale et de la solidarité départementale
Rue Ferdinand-Buisson - 62020 Arras cedex - Tél. 21 55 22 62 / 21 21 10 98

63 - PUY-DE-DÔME
Direction de la solidarité départementale
1, rue d'Assas - 63033 Clermont-Ferrand cedex - Tél. 73 92 58 00

64 - PYRÉNÉES-ATLANTIQUES
Direction départementale de la solidarité et de la santé
Boul. Tourasse BP 308 - 64026 Pau cedex - Tél 59 02 51 4É

65 - HAUTES-PYRÉNÉES
Service départemental de la solidarité
Centre de santé, Place Ferré BP 120 - 65013 Tarbes cedex - Tél. 62 93 75 40

66 - PYRÉNÉES-ORIENTALES
Division sociale
2, rue Joseph-Sauvy BP 928 - 66020 Perpignan cedex - Tél. 68 51 37 81

67 - BAS-RHIN
Direction des services sociaux et sanitaires
33, avenue de la Paix - 67000 Strasbourg - Tél. 88 32 99 00

68 - HAUT-RHIN
Administration départementale de l'entraide sociale
Hôtel du département BP 351 - 68006 Colmar cedex - Tél. 89 23 99 20

69 - RHÔNE
Direction de la prévention et de l'action sociale
245, rue Garibaldi - 69003 - Tél. 78 62 20 26

70 - HAUTE-SAÔNE
Service départemental de la protection sociale
Place du 11e Chasseurs BP 347 - 70006 Vesoul cedex - Tél. 84 76 22 11

71 - SAÔNE-ET-LOIRE
Direction des services sociaux
Boul. Henri-Dunant - 71025 Mâcon cedex - Tél. 85 39 55 55

72 - SARTHE
Direction des interventions sanitaires et sociales
Hôtel du Département BP 21 x - 72040 Le Mans cedex - Tél. 43 81 72 72

73 - SAVOIE
Direction de la vie sociale
Carré Curial Place Monge BP 1803 - 73018 Chambéry cedex - Tél. 79 33 93 60

74 - HAUTE-SAVOIE
Direction de la solidarité
Direction de la Solidarité BP 444 - 74041 Annecy cedex - Tél. 50 33 50 00

75 - PARIS
Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
9, Place de l'Hôtel de Ville 75196 Paris RP - Tél. 42 76 40 40

76 - SEINE-MARITIME
Direction départementale de la solidarité
Immeuble Hastings, rue du 74e Régiment d'Infanterie 2032 X
76040 Rouen cedex - Tél. 35 62 25 20

77 - SEINE-ET-MARNE
Direction de l'action sociale de la Seine-et-Marne
49-51, avenue Thiers - 77011 Melun cedex - Tél. 64 37 72 12

78 - LES YVELINES
Direction de l'action sociale des Yvelines
2, Place André-Mignot - 78012 Versailles cedex - Tél. 39 02 78 78

79 - DEUX-SÈVRES
Direction départementale de la prévention et de l'action sociale
12, rue Thiers - 79021 Niort cedex - Tél. 49 28 27 00

80 - SOMME
Direction des interventions sociales
Boulevard du Port BP 2603 - 80026 Amiens cedex - Tél. 22 91 15 15

81 - TARN
Direction de la solidarité et de l'action sociale
69, av. Maréchal-Foch - 81013 Albi cedex - Tél. 63 54 23 23

82 - TARN-ET-GARONNE
Service départemental d'action sociale et de santé
7, allée de Mortarieu BP 768 - 82013 Montauban cedex - Tél. 63 03 70 00

83 - VAR
Direction des actions sociales du département
132, av. Lazare-Carnot BP 1207 - 83070 Toulon cedex - Tél. 94 89 90 20

84 - VAUCLUSE
Direction de l'action sociale départementale
Cité administrative BP 358 - 84027 Avignon cedex - Tél 90 82 99 80

85 - VENDÉE
Service départemental des actions sociales
196, boul. Aristide-Briand - 85023 La Roche-sur-Yon - Tél. 51 05 43 94

86 - VIENNE
Service départemental d'action sociale et de santé
39, rue Baulieu - 86034 Poitiers cedex - Tél. 49 61 23 97

87 - HAUTE VIENNE
Direction des interventions sociales et de la solidarité départementale
44, Cours Gay-Lussac - 87031 Limoges cedex - Tél. 55 79 87 50

88 - VOSGES
Direction vosgienne des interventions sociales
17-19, rue Antoine-Huralt BP 572 - 88020 Epinal cedex - Tél. 29 82 98 88

89 - YONNE
Direction de la solidarité départementale
1, rue de l'Etang Saint-Vigile BP 100 - 89000 Auxerre - Tél. 86 51 31 23

90 - TERRITOIRE DE BELFORT
Direction de la solidarité
8, rue Heim - 90020 Belfort cedex - Tél. 84 21 03 75

91 - ESSONNE
Direction sociale départementale
Immeuble France-Evry Tour Malte, Boul. de France - 91010 Evry cedex
Tél. 60 77 96 90

92 - HAUTS-DE-SEINE
Direction de la vie sociale
2, 16 boul. Soufflot - 92015 Nanterre cedex - Tél. 47 29 30 31

93 - SEINE-SAINT-DENIS
Direction de l'enfance
124, rue Carnot - 93007 Bobigny - Tél. 48 95 60 60

Direction de la prévention et de l'action sociale
8 à 22 rue du Chemin Vert - 93007 Bobigny - Tél. 48 95 60 60

94 - VAL-DE-MARNE
Direction des services sanitaires et d'action sociale
38-40, rue Saint-Simon - 94010 Créteil cedex - Tél. 48 98 91 58

95 - VAL-D'OISE
Direction des affaires sanitaires et sociales
2, av. de La Palette - 95011 Cergy-Pontoise cedex - Tél. 30 30 94 40

971 - GUADELOUPE
Direction des affaires sanitaires et sociales
Rue de Lardenoy - 97109 Basse-Terre cedex - Tél. (19) 590 81 13 730

972 - MARTINIQUE
Direction des services sanitaires et sociaux
82, rue Victore-Sévère BP 679 - 92700 Fort-de-France - Tél. (19) 596 60 65 000

973 - GUYANE
Direction des affaires sanitaires et sociales
19, rue Schoelcher - 97300 Cayenne - Tél. (19) 595 30 01 090

974 - RÉUNION
Direction des actions sanitaires et sociales départementales
Route du Campus Universitaire BP 400 - 97490 Sainte-Clotilde
Tél. (19) 262 28 00 220

STRUCTURES D'AIDE ET ASSOCIATIONS (LOI 1901)

A PARIS :

Sauvegarde de l'adolescence à Paris
3, rue Coq-Héron - **75001** PARIS - Tél. 42 21 02 21
Pour trouver des solutions à l'échec scolaire, aux fugues, au chômage, à tous les problèmes causés par l'isolement des jeunes.

Union des gardes temporaires d'enfants (U.G.T.E.)
7, rue Gomboust - **75001** PARIS - Tél. 42 97 45 84
Conseils pour la création et le fonctionnement des modes d'accueil pour les tout-petits. Recherche et expérimentation de formules neuves, souples et économiques, correspondant aux besoins locaux, aux besoins des familles.

Sauvetage de l'Enfance à Paris
53, rue Réaumur - **75002** PARIS - Tél : 42 36 06 84
Réponse aux familles en difficulté. Il existe un centre pour les femmes avec enfants, plusieurs services de placements familiaux, ainsi qu'une unité « petite enfance ».

Equipe d'action contre la traite des femmes et des enfants
21, rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie - **75004** PARIS - Tél. 42 72 35 09
Pour lutter contre le proxénétisme, et aider à la ré-insertion des prostitué(e)s.

Institut national des jeunes sourds
54, rue Saint-Jacques - **75005** PARIS - Tél. 43 54 82 80

Institut national des jeunes aveugles
56, boulevard des Invalides - **75007** PARIS - Tél. 47 34 57 44

Association des parents d'enfants inadaptés
34, rue de Laborde - **75008** PARIS - Tél. 43 87 50 21

Centre information et rencontre pour la prévention des accidents d'enfants
26, boulevard Haussmann - **75009** PARIS - Tél. 42 47 90 00

Association pour la défense de la famille et de l'individu (A.D.F.I..)
4, rue Féchier - **75009** - Tél. 42 85 15 52
Pour informer et aider les jeunes et les parents confrontés au problème des sectes.

Collectif féministe contre le viol, Femmes informations
4, Square Saint-Irénée - **75011** PARIS - Tél. 45 82 73 00 - N° vert (appel gratuit) : 05 05 95 95 du lundi au vendredi de 10 à 18 heures, le samedi de 10 à 14 heures
Permanence téléphonique pour répondre aux femmes agressées sexuellement ; renseignements juridiques ou médicaux concernant les suites d'une agression sexuelle, ainsi que soutien et solidarité dans le respect de l'anonymat quand il est demandé.

Ado Service (Sauvegarde de l'adolescence à Paris)
121, boulevard Diderot - **75012** PARIS - Tél. 43 42 31 20
Service spécialisé dans l'accueil des jeunes entre 13 et 18 ans. On répond aux demandes formulées par les jeunes eux-mêmes ou par la famille, l'école, l'employeur, les intervenants sociaux.

L'Accueil de la mère et de l'enfant
57, rue de la Santé - **75013** PARIS - Tél. 43 36 54 98
Association qui accueille des femmes de 18 à 30 ans, seules et en difficulté, afin qu'elles puissent trouver leur autonomie. Les petits de 2 mois 1/2 à 3 ans sont accueillis dans une crèche. Les jeunes femmes trouvent une aide pour la recherche d'un emploi, d'un logement, ou pour la reprise de leurs études éventuellement, par une équipe socio-éducative qui leur propose aussi, si elles le souhaitent, un soutien psychologique.

Aide à l'enfant réfugié
5, rue Gassendi - **75014** PARIS - Tél. 43 27 81 88
On apporte une aide, de manière générale, à tout enfant réfugié, quelles que soient les causes de sa souffrance, et ce, par tous les moyens possibles. Possibilité de trouver un placement en milieu familial.

Dyslexia
274, boulevard Raspail - **75014** PARIS - 36, rue de la Pompe - **75016** PARIS
Répond aux enfants présentant des troubles dans l'apprentissage du langage oral et écrit.

Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée
Hôpital des Enfants malades (Permanence) 149, rue de Sèvres - **75015** PARIS
Château de Longchamp, carrefour de Longchamp - **75016** PARIS - Tél. 42 73 13 14
L'objectif est de susciter, promouvoir et coordonner des recherches et

des études sur l'enfance maltraitée, obtenir les moyens de répondre aux demandes d'informations sur ce sujet, et soutenir les applications concrètes.

S.O.S. Urgences Maman
56, rue de Passy - **75016** PARIS - Tél. 46 47 89 98

S'adresse à toutes les jeunes femmes et à toutes les mères en difficulté, en leur procurant une garde temporaire, le temps de trouver une autre solution.

Des antennes fonctionnent déjà dans vingt-six villes, dont une douzaine en province. Vous pouvez apporter votre aide en offrant de garder un enfant bénévolement, en assurant les permanences téléphoniques, en créant de nouvelles sections dans votre quartier ou votre ville.

Centre médical Marmottan
17, rue d'Armaillé - 75017 PARIS - Tél. 45 74 00 04

Service public (dépend du C.H.U. spécialisé de « Vaucluse » à Epinay-sur-Orge). On assure l'accueil, l'hospitalisation et les soins des toxicomanes. Formation et informations.

Une équipe médicale traite les problèmes liés au sida.

On répond aux demandes de « sevrage » en hospitalisation et en ambulatoire ; suivi thérapeutique, départs en post-cure, familles d'accueil.

Anonymat et gratuité des soins conformément à la loi du 31.12.1970.

Aide au logement des mères en difficultés (A.L.M.D.)
4, rue de Crimée - **75019** PARIS - Tél. 42 41 42 61

Négocie des logements au cas par cas, généralement avec l'Office des H.L.M. Ces logements sont financés grâce au 1 % construction dû par les entreprises. Il faut tenir compte du fait qu'un salaire minimal est toujours exigé par les bailleurs sociaux.

EN PROVINCE :

AJACCIO

Centre Jeunesse et Santé
14, Cours Napoléon - 20000 AJACCIO - Tél. 95 21 98 92

Propose des entretiens et des prises en charge psychothérapeutiques, puis un suivi après la cure de sevrage.

BORDEAUX

Centre d'étude et d'information sur la drogue
2, place de la Victoire - 33000 BORDEAUX - Tél. 56 44 84 86

COLMAR

Maman Service
68000 COLMAR - Tél. 89 24 02 20

Objectif de l'association : dépanner gratuitement en cas d'urgence, la nuit et les jours fériés.

GRENOBLE

Association La Passerelle

51, rue des Eaux-Claires - 38100 GRENOBLE - Tél. 76 21 99 75

Un lieu d'accueil offrant des solutions concrètes en cas de séparation ; une maison destinée à aider parents et enfants qui se retrouvent. Cette passerelle est également un lieu d'écoute et de conseil juridique pour les enfants et les adolescents.

LILLE

Service de suite et d'appartements thérapeutiques

60, rue d'Angleterre - 59800 LILLE - Tél 20 06 32 49

Objectif : répondre aux demandes d'accueil des toxicomanes sortant de post-cures, ou ayant déjà engagé une démarche personnelle et souhaitant une aide.

LYON

Association d'aide aux adolescents

10, rue de Castries - 69002 LYON - Tél. 72 40 97 50/51/52

Accueil et consultation. S'adresse aux jeunes, aux toxicomanes et à leurs parents, aux professionnels. L'objectif est de nouer des relations avec les jeunes en difficultés et de les orienter vers des structures adaptées à leur cas.

MARSEILLE

Enfants du Monde

24, rue Jean-Martin - 13005 MARSEILLE - Tél. 91 48 29 19

Objectif : Apporter une aide aux enfants du tiers-monde et de Marseille, par la fourniture de vivres et de médicaments, et en construisant des écoles et des centres de santé.

L'association aide également les personnes qui voudraient parrainer ou adopter un enfant en difficulté.

Association marseillaise de prévention en toxicomanie

3, rue Sainte-Barbe - 13001 MARSEILLE - Tél. 91 91 50 52

05 36 54 78 (N° vert, uniquement sur la circonscription de Marseille)

METZ

Comité de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence

47, rue Dupond-des-Loges - 57000 METZ

Le Comité accueille des jeunes de 18 à 28 ans dans un foyer de post-cure pour toxicomanes sevrés.

MONTPELLIER

Association de défense contre l'incitation au suicide

220, avenue du Père-Soulas - 34100 MONTPELLIER - Tél. 67 54 72 55

NICE

Comité départemental spécialisé d'action et de défense contre les toxicomanies
(Centre administratif D.D.A.S.S.)
2, route de Grenoble - 06027 NICE - Tél. 93 83 91 71

PRIVAS

Association de défense des enfants enlevés
BP 405 - 07000 PRIVAS - Tél. 75 64 32 96

Objectif : Sauvegarder les intérêts moraux et matériels des enfants, quand leurs parents (de nationalité différente) se séparent. L'association s'assure de l'impossibilité pour l'un ou l'autre parent d'amener l'enfant dans son pays sans le consentements exprès de l'autre.

SAINT-GRATIEN

Comité national d'information sur la drogue
22, avenue Danielle-Casanova - 95210 SAINT-GRATIEN - Tél. 49 89 33 30

STRASBOURG

Centre d'accueil et de soins
16, quai des Pêcheurs - 67000 STRASBOURG - Tél. 88 35 61 86

Objectif : Suivre et orienter les jeunes toxicomanes et leurs proches.

TOULOUSE

S.O.S. Familles
« Les Lices », Bât. D, 256, av. de la Victoire - 31000 TOULOUSE

Service municipal - Accueil, thérapie familiale.

VERSAILLES

Respect de l'enfant
18, rue Mantbauron - 78000 VERSAILLES - Tél (1) 30 21 33 33

Objectif : Protéger les enfants maltraités et prévenir les mauvais traitements. Informer et sensibiliser le public et les professionnels.

Nous n'avons donné ici que quelques adresses dans de grandes villes de province, à titre purement indicatif.
Le lecteur peut obtenir la liste complète des associations et organismes (extrêmement nombreux) susceptibles de le renseigner ou de lui venir en aide, en s'adressant au *service social de sa mairie.*

QUESTIONS D'ÉDUCATION 3

GARÇON OU FILLE, DOCTEUR ?

Grâce aux progrès de l'échographie vous pouvez savoir avant la naissance le sexe du bébé que vous attendez. Les futurs pères, surtout, désirent savoir. Ce fantasme* confine parfois à l'**obsession** et crée des problèmes.

Quand une fille naît, et que le père espérait un garçon, deux types de difficultés se posent :

— certains pères, contrariés, ne peuvent cacher leur déception, et les mères, affolées par les conséquences que produit la nouvelle dans leur belle-famille, pâtissent — avant la naissance — du « mauvais choix » qu'impose le destin ;

— d'autres, heureusement, s'habituent à l'idée d'avoir prochainement une fille.

Le fait de savoir *avant* renforce parfois l'accablement du père qui, s'il prend mal la chose, maudira sa femme, bien qu'elle n'y soit pour rien, puisque c'est l'homme qui apporte le chromosome qui donne le sexe de l'enfant (XY pour un garçon, XX pour une fille).

Disons les choses franchement : dans certaines familles très traditionalistes, annoncer la venue d'une fille, c'est déclarer qu'il n'y aura pas d'héritier

Les sujets qui suivent — traités en direct dans le cadre de Télématin (Antenne 2) — ont été publiés dans la chronique « Psychologie » du *Pèlerin-Magazine*. Avant d'inclure ces articles dans le présent ouvrage, nous les avons modifiés et complétés. Nous remercions Gérard Bardy et toute la rédaction du journal pour nous avoir permis de reproduire ici ces textes.

mâle pour perpétuer le nom et les valeurs du père, et éventuellement pour continuer les affaires. C'est imposer à la future mère un vécu de grossesse parfois épouvantable.

Du côté de la mère, le plaisir de mettre au monde un enfant qu'elle aime déjà est en partie gâché par la déception, le mécontentement ou l'abandon affectif du mari et de la belle-famille. J'ai observé ce phénomène quand j'exerçais dans le service de Gynécologie-obstétrique d'un grand hôpital de province. Les conditions d'accueil étaient médiocres, et parfois dramatiques. Le rejet persistant s'est un jour manifesté par le refus d'élever l'enfant en fille : pas de poupées, de robes, de rubans dans les cheveux... Mais salopettes unisexes, et foot...

L'opiniâtreté de certains pères — atteints, dès avant la naissance, dans leur propre narcissisme — peut engendrer des *troubles de l'identité chez leur enfant.* Une fillette, à laquelle tout le monde aura fait sentir qu'elle est venue « à la place d'un garçon », manifestera à l'adolescence un refus de sa féminité :

— refus psychologique (elle sera « virile », « phallique »),

— refus biologique (aménorrhées, troubles hormonaux...),

— refus social (elle évitera la compagnie des femmes, se vengera des hommes, etc.).

Cela étant, une adolescente — le moment de déception passé — peut aussi finir par s'accepter telle qu'elle est et se sentir bien dans sa peau de jeune fille.

Fort heureusement, le fantasme des parents n'a pas toujours une telle emprise sur l'évolution affective des enfants. Que lui importe que ses parents aient souhaité la venue d'un garçon si, en fin de compte, elle est aimée et acceptée pour ce qu'elle est ?

Pourquoi ce fantasme ? Pourquoi les gens sont-ils ainsi obnubilés par le sexe de leur enfant à naître ? ... Car chez certains, cela tourne vraiment à l'**obsession :** je pense à cette famille italienne qui, ayant déjà quatorze filles, continuait à procréer dans l'espoir d'avoir un jour un garçon... Imaginez la tête du père apprenant au sixième mois de grossesse qu'il va avoir une quinzième fille ! On peut inviter les parents à exprimer très tôt leur rejet, leur déception, auprès du bébé, en présence et avec l'aide d'un psychothérapeute. Cela les aidera à se libérer d'un sentiment désagréable.

Une enquête réalisée en août 1988, a révélé ceci :

1. Ce sont les hommes qui veulent le plus savoir (52 %). Sans doute est-ce leur façon à eux de se sentir plus concernés par la grossesse, puisque rien ne se passe dans leurs corps, et de maîtriser ainsi quelque chose. En fait, les hommes ont toujours cherché à connaître par avance le sexe de leur enfant. Un papyrus égyptien (1350 av. J.C.) décrit une méthode pour savoir, consistant à faire incuber des grains d'orge et de froment dans l'urine de la femme enceinte :

— si l'orge germe : une fille naîtra ;

— si le froment germe : ce sera un garçon.

Plus tard, on inventa d'autres techniques basées sur d'autres croyances.

Bien sûr, aucune n'est valable.
2. Les cadres supérieurs veulent plus souvent savoir que les autres (54 %). Sans doute, parce qu'ils sont plus familiarisés avec les études, les connaissances techniques et ce type de savoir médical.
3. Les jeunes, plus que les personnes âgées (57 %). Là aussi, l'attrait des techniques est plus manifeste chez eux.
Autrefois, on acceptait, plus ou moins bien, celui ou celle qui venait.

CHOISIR UN PRÉNOM

Lui choisir un prénom permet d'identifier, devant son berceau, un bébé de quelques heures. C'est un acte fondateur.

Le patronyme d'abord

La question du choix du nom de famille ne se pose que dans le cas des mères célibataires ou des femmes vivant en concubinage.

Les couples mariés n'ont pas à choisir le patronyme de leur enfant, mais une femme non mariée peut légalement choisir de donner à son bébé son nom de jeune fille, même si elle vit avec le père géniteur.

Nous pensons que, vivant dans une société de droit paternel, il est plus facile à un enfant, du point de vue de son intégration sociale, de porter le nom du père que celui de sa mère.

En outre, qu'une femme choisisse de donner le nom du père signe la présence symbolique de ce dernier dans la famille. Rappelons qu'actuellement un enfant portant le nom de sa mère est, juridiquement, *né de père inconnu.* Or, vis-à-vis de soi-même, comme de ses petits camarades, il est important qu'un enfant se sente « reconnu ». Cela dit, la non-transmission du nom du père n'a rien à voir avec ce que nous nommons (dans le lexique placé à la fin de cet ouvrage) la **forclusion** du Nom du Père, car ce processus psychologique est l'expression d'un rejet, non du patronyme mais de la fonction du père. Des troubles graves sont la conséquence de l'absence symbolique du père.

Des prénoms lourds à porter

Certains prénoms sont de nature à engendrer une confusion dans les générations ; leur choix, à la naissance, n'est pas toujours heureux. Ainsi, une mère voulait absolument donner à sa fille le prénom de sa propre mère, décédée six mois plus tôt. Ainsi ce père voulant prénommer son fils comme lui-même (cela se fait aux U.S.A. mais peu chez nous).

Le prénom comme le nom est une partie de l'identité de chaque individu. Il est compréhensible que des personnes cherchent à donner à leurs

enfants des prénoms qui leur rappellent ceux qu'elles ont aimés. Mais donner à un nouveau-né le prénom d'une personne morte, fût-elle chère, est lourdement chargé de sens.

Dans le premier cas, le père refusa ce prénom pour sa petite fille, se disputa avec sa femme, mais finit par céder. En fait, cette femme cherchait non à retrouver sa mère, mais à honorer sa mémoire. Cet honneur peut s'exprimer autrement. Je crois qu'un tel choix peut mettre l'enfant dans la délicate obligation d'être « aussi bien » que l'était sa grand-mère décédée, chose lourde à porter pour un enfant qui, dans cette histoire, n'a pas son mot à dire. Je trouve très saine la réaction du père qui ne voulait pas pour sa fille le nom d'une morte... Il est important cependant que le prénom d'un enfant à naître ne déplaise pas à sa mère, qui est seule finalement à le mettre au monde.

Quels conseils donner dans ce genre de situation ? Proposer tout simplement le prénom de la grand-mère comme deuxième prénom.

Il faut, ne l'oublions pas, associer le prénom au nom de famille pour s'assurer que l'ensemble n'est pas ridicule à porter pour l'enfant (il y a beaucoup d'exemples de prénoms à éviter : Jean Bave ou Jean Bonnot, ou — chez les intellectuels — Anna Lyse).

Nous ne pensons pas souhaitable qu'un enfant porte le prénom de son père (Robert junior)... Cela crée, en France, des ambiguïtés inutiles, notamment à l'adolescence quand le jeune homme recevra *son* courrier, difficile à distinguer de celui de son père.

L'idéal est qu'avant la naissance chacun établisse une liste des prénoms qui lui plaisent, afin d'en trouver un qui soit au goût de la mère et du père. L'avis des proches (frères et sœurs, grands-parents, amis...) compte aussi ; mais il ne faut pas qu'un aîné porte seul la responsabilité de prénommer sa petite sœur. Les parents doivent conserver ce rôle symbolique de nomination qui leur revient.

Les prénoms ont une histoire

Les prénoms veulent dire quelque chose et leur signification est d'une grande importance. Même si le choix du prénom est « spontané », il reste le résultat d'une sélection, consciente ou non, et il est chargé d'un sens dont nous sommes toujours porteurs.

Le prénom choisi doit être bénéfique à celui qui le porte. Il faut donc écarter ceux qui nous rappellent quelqu'un de malchanceux ou de détestable.

En outre, le prénom *suit* socialement l'enfant : Charles-Henri ou Marie-Chantal ne possèdent pas la même signification sociale que Ginette, Paulette ou Gaston...

Les prénoms ont aussi une origine historique, géographique, et s'inscrivent dans une tradition religieuse (chrétienne, juive, musulmane...) ou mythologique.

— *Prénoms historiques.* Il y a ceux qui viennent de l'Antiquité : Adrien, Sophie, André, Alexandre, Romain... Ceux qui apparurent au Moyen-Age comme Alain, Bertrand, Arnaud, Nicole... d'autres sont tout à fait modernes : Jennifer, Mireille, Liliane...

— *Prénoms régionaux.* L'origine géographique est souvent évidente (bretonne, alsacienne, provençale) ; elle est le signe d'un attachement à la terre des ancêtres : Arthur (Bretagne), Bruno (Alsace), Grégory (Provence), Sabrina (Occitanie), Hugo (Franche-Comté)...

— *Prénoms mythologiques.* Ils paraissent souvent précieux (Daphné, Hector), recherchés, voire *snobs* (Pénélope, Aglaé, Théophania)... Ils ont parfois une signification étymologique méconnue, souvent héroïque ou noble, comme Nicole (du grec *Niké*, signifiant Victoire), Henri (de *Heim* = maison, et de *Rik* = roi), André (du grec *Andreia* = virilité, bravoure), etc.

Enfin les prénoms sont aussi le reflet des modes (beaucoup de Brigitte dans les années 50, moins aujourd'hui. En revanche il y a de nos jours beaucoup de petites Charlotte).

Cela dit, quand un prénom ne nous plaît pas, il nous est toujours possible à nous, adultes, de prendre un pseudonyme. Savez-vous que le vrai prénom de Michèle Morgan est Simone ?

Y A T'IL UNE « BONNE » FAÇON DE PORTER BÉBÉ ?

On emploie le terme handling (ou portage), qui signifie : « manière de porter un nourrisson ».

Non il n'y a pas une « bonne » façon, qui serait unique et standard, de porter son bébé. Il existe au contraire de nombreuses manières. Les différences sont notables selon les pays, mais ce qui est commun à toutes les formes de handling, c'est *la sécurité de base* :

1. l'assise du bébé doit être stable, afin de lui donner une impression de sécurité continue et totale. Concrètement, une main sous les fesses pour lui faire un siège, l'autre main lui enveloppant la taille ;
2. l'enveloppe des bras doit lui permettre de se sentir protégé, soutenu, de se blottir, de se serrer fort dans le corps à corps. Des mots de tendresse accompagnent les gestes protecteurs.

Les hommes ont leur manière à eux de porter leur bébé. Cela a été constaté souvent. Pourquoi ? Tout simplement parce qu'ils ne portent pas l'enfant en eux pendant les neuf mois de la grossesse.

Les hommes font ainsi...

Les pères portent souvent bébé droit devant soi, comme offert au monde et à la vie. Il semble qu'ils le fassent de façon plus distante que les femmes, sauf ceux qui, par imitation, portent leur bébé comme ils ont vu leur mère, leurs sœurs ou leurs amies le faire. En fait, il y a sans conteste un portage plus viril.

... Et les femmes ainsi en général.

Les femmes portent leur bébé contre elles, soit dans un porte-bébé comme il en existe dans toutes les cultures (en Afrique, en Orient, en Amérique latine), soit enveloppé dans leurs bras, souvent la tête du bébé se trouvant côté cœur.

Ainsi, naturellement, le nourrisson retrouve les battements du cœur de sa mère, qu'il percevait quand il était dans son ventre. Cela, pendant les premiers mois, renforce l'aspect rassurant du handling. En outre, la mère retrouve la sensation de corps à corps intime, nécessaire pour elle aussi.

La séparation psychique mère-enfant, rompant la dyade fusionnelle des premiers jours, se fait en douceur. Porter bébé dans ses bras n'est pas, contrairement à certains préjugés qui courent, une mauvaise habitude, ou le renforcement d'un caprice.

Le handling répond à un besoin fondamental de sécurité pour l'enfant, comme le besoin de manger et de dormir. Pour grandir harmonieusement les câlins sont essentiels.

Le tout-petit, rassuré, acquiert rapidement son autonomie. De plus, être dans les bras de ses parents lui permet de s'intéresser à tout, de les accompagner partout, donc d'être plus éveillé. Il ne faut pas oublier qu'un bébé ne peut, seul, se déplacer dans l'espace. Or il en a un besoin vital. Il dépend donc entièrement des adultes pour accomplir ces petits voyages, si nécessaires à son développement, dans une pièce ou un jardin.

Gardons présent à l'esprit que l'on n'habitue pas un enfant à désirer être seul en lui imposant la solitude et la distance sous prétexte qu'il ne hurle pas.

Rassuré par la présence physique et la voix d'un adulte, l'enfant au contraire décidera du moment où il désire être seul et quitter les bras qui le portent.

Dans la vie adulte, la tendresse et les câlins permettent précisément l'existence d'une autonomie affective.

Souvenons-nous que, pour pouvoir être seul et vivre bien sa solitude, il faut avoir été deux.

En conclusion, n'imposez pas la solitude à votre enfant comme une punition ou un rejet. Il y va de son indépendance affective ultérieure.

IL A BESOIN DE SON « DOUDOU »

Il s'appelle « Titou », « Nounou », « Tutute » ou « Pou », etc.
Même vieux, sale, informe et déchiré,
c'est l'objet préféré du tout-petit qui le traîne partout avec lui.

Certains parents, dégoûtés par ces objets, n'en comprennent pas l'utilité.

Pourtant, ce morceau de tissu (immortalisé par la bande dessinée des *Peanuts*, dans laquelle le personnage de Linus traîne toujours derrière lui une couverture noire de crasse) a une importance capitale pour la vie psychique de l'enfant.

Il appartient à l'univers de ses premières expériences sensorielles : l'enfant le choisit pour sa douceur. En le mordillant, en le reniflant pour le reconnaître, il exerce aussi son sens gustatif et son sens olfactif.

En fait, les expériences olfactives commencent dès la naissance (le bébé reconnaît sa mère aussi à son odeur).

Il jubile quand il voit son objet préféré. L'ouïe peut être également sollicitée (s'il s'agit, par exemple, d'un jouet renfermant un grelot)...

Ainsi, ce « doudou » participe à l'éveil de votre enfant.

Nous l'appelons « l'objet transitionnel »[1], car il permet au tout-petit de faire la transition entre sa vie **fantasmatique** et la réalité extérieure, entre la présence et l'absence de sa mère.

Devant les inéluctables et nécessaires absences maternelles, l'enfant va éprouver des déceptions qui sont tout à fait essentielles pour l'aider à grandir. Il va, de façon active, remplacer la présence immédiate de sa mère par cet objet « transitionnel » destiné à empêcher qu'une angoisse* massive l'envahisse. Cet objet appartient au monde réel extérieur, mais l'enfant l'incorpore à son mode d'illusion et de toute puissance. Il exerce un contrôle sur cet objet, en le manipulant de façon réelle.

Le « Doudou », nécessaire au moment des séparations (pour aller dormir ou lorsque vous le confiez à quelqu'un d'autre), est l'objet permanent dont l'odeur, la vue et le toucher le rassurent. Grâce à cet objet, le tout-petit ne se sent pas abandonné : il se trouve dans son monde, celui qu'il connaît et qu'il maîtrise, et qui l'aide à passer le cap des séparations.

Les personnes dont le métier est de s'occuper des petits ont saisi la nécessité de ces objets. Dans les crèches, on demande aux parents d'apporter le « Doudou » et, si possible, de faire le trajet avec lui. Dans les maternelles, ces objets sont acceptés par les institutrices quand les enfants en ressentent le besoin.

---

1. C'est Winnicott, psychanalyste et pédiatre anglais, qui le premier a compris l'importance de cet objet et qui l'a nommé ainsi.

Maîtriser l'absence

L'objet d'élection permet de faire une transition, d'établir une sorte de pont entre l'existence de l'enfant et l'existence de la mère : il est essentiel à l'apprentissage de la solitude et permet de maîtriser l'absence.

Ne modifiez pas l'aspect de l'objet préféré de votre enfant sans son accord : vos sensations ne sont pas les siennes. Ce que vous appelez « sentir mauvais » sent bon pour lui ; cette odeur qu'il connaît le rassure. Ce qui est doux pour lui peut être désagréable à toucher pour vous. De même, ce que vous trouvez laid est beau pour un tout-petit : c'est ce qui le rend serein.

C'est pourquoi laver, recoudre, arranger à tout prix et n'importe comment le « Doudou » transitionnel, comporte plus d'inconvénients que d'avantages.

J'ai en mémoire l'exemple d'un enfant qui avait besoin pour s'endormir de toucher et sucer les coins d'une couverture dont on le recouvrait quand il était bébé. Cette couverture était grande : 2 mètres sur 1,40... Comme l'enfant ne voulait pas s'en séparer et qu'elle n'était pas facile à transporter, sa mère eut l'idée de la couper en quatre... En la voyant, l'enfant fondit en larmes, et la maman se résigna à en acheter une autre de la même taille que la première.

Ce que vous pouvez essayer de faire, c'est de prendre l'habitude de le laver régulièrement : l'enfant prendra plaisir à l'avoir propre. L'inconvénient est que l'objet s'use plus vite (les peluches ressemblent rapidement à des lambeaux plutôt qu'à des animaux), mais c'est un pis-aller.

Acheter l'objet en double

On peut pallier cet inconvénient en achetant l'objet en deux exemplaires, et en pensant à les utiliser de la même façon afin qu'il soient interchangeables.

Lorsque l'enfant est un peu plus grand, on peut lui proposer de laver lui-même son objet préféré, en le prenant dans son bain par exemple. En maîtrisant ainsi la situation, on évite les inquiétudes et les pleurs.

J'ai vu un enfant effrayé en voyant son ours tournoyer en tous sens par le hublot de la machine à laver ; un autre, horrifié de voir sa mère enfoncer une aiguille dans le nez de son nounours pour le recoudre... Pour les enfant, ces jouets sont vivants et comme une partie d'eux-mêmes : ils souffrent pour eux.

Comme vous avez saisi l'importance de ces « Doudou » qui aident vos enfants à grandir harmonieusement, vous comprendrez aisément qu'il serait néfaste de les leur enlever de force, sous prétexte qu'ils ont atteint leurs 4, 5 ou 6 ans, voire plus... Attendez qu'ils y renoncent d'eux-mêmes.

Ce n'est pas en supprimant de façon autoritaire et factice cet objet que votre enfant va grandir « dans sa tête ». Bien au contraire : il risque d'y rester attaché de façon exagérée, voire **obsédante.**

En fait, avoir un « Doudou » est un signe de bonne santé chez le petit enfant.

« ET LA TENDRESSE, B...!»

Baisers, caresses et mots doux sont pour votre bébé des moments de bonheur intense indispensables à son développement. C'est dans la douceur de ces échanges qu'il va s'éveiller.

La tendresse, c'est l'amour plus la sensualité

Oui, elle est bel et bien passée l'époque où l'on croyait les bébés totalement insensibles ; celles où de nobles penseurs répandaient sur les petits enfants d'incroyables inepties. Ils avaient « le cerveau mou » (Offray de La Mettrie), « la main débile » (A. de Vigny), etc.

Epictète préconisait de ne pas trop les embrasser. Or, nous savons aujourd'hui que les baisers, les caresses et les câlins sont essentiels au développement intellectuel et affectif du nouveau-né.

Dès sa naissance, les relations de proximité entretenues avec sa mère et son père stimulent les facultés et les cinq sens de bébé.

Les plaisirs doivent être partagés : inutile de se forcer à lui faire un câlin quand on est à bout de nerfs : l'enfant le sent, et alors le courant ne passe pas. A travers le jeu, et cela à tout moment de la journée, des sensations agréables peuvent être échangées : les baisers et les mots tendres (le ton et la voix sont extrêmement importants) au réveil, pendant le change des couches, au cours des repas, lorsque l'on joue à l'avion, à la balançoire sur les genoux de papa, comme lors de l'endormissement accompagné de chansons douces, tout a une incidence réelle sur la santé de bébé.

La peau est l'organe sensoriel qui correspond à la plus grande partie du cerveau

Pourquoi l'émoi que provoque le toucher est-il si important ? Parce qu'au-delà du jeu qui crée l'intimité, le contact corporel est le premier des sens qui apparaît chez l'enfant.

Le toucher existe déjà chez un embryon de moins de huit semaines, alors qu'il ne possède encore ni yeux ni oreilles. La peau se constitue en premier : c'est l'organe sensoriel le plus étendu en superficie, mais surtout celui qui, de très loin, correspond à la plus grande partie du cerveau et du système nerveux. La peau comporte très tôt des récepteurs au froid et au chaud, à la pression, à l'humidité et à la lumière.

Le nombre des récepteurs varie entre 10 et 130 par cm^2 de peau. Les fibres nerveuses qui les relient à la moelle épinière et au cerveau dépassent le demi-million. Aussi est-il important de ne pas caresser bébé ou de ne pas le toucher avec les mains glacées ou brûlantes.

Les justifications scientifiques étant données, il reste que le contact peau à

peau est un besoin existant chez l'enfant et chez la jeune mère, pour des motifs non pas purement physiologiques mais affectifs. Après tout, qui éprouve vraiment le plus de plaisir ?

En Inde, les traditions millénaires de jeu entre la mère et l'enfant, de cajoleries et de massages, n'ont pas attendu les résultats des études faites par de savants professeurs d'université. Et même si Bruno Bettelheim affirme que « l'amour ne suffit pas », je crois que ces traditions de tendresse sont sinon l'expression du sacro-saint « instinct maternel », du moins celle d'une complicité intense et muette qui, grâce aux femmes, aux mères, existera de tout temps.

En fait, peau contre peau, un mystérieux courant passe entre bébé et sa mère (ou son père...).

Cette *interaction* mère-nourrisson, faite de mille stimulations réciproques, de sourires, de chatouillis, de gazouillements, est une protection contre le stress.

Bébé constitue ainsi son capital d'émotions, de sensations et de tendresse, indispensable à son entrée dans la vie.

L'APPRENTISSAGE DE LA PROPRETÉ

Une des premières acquisitions de l'éducation passe par l'apprentissage de la propreté.

A quel âge les mettre sur le pot ? La question n'est pas superflue, car les usages évoluent et s'enrichissent au fil des ans, tandis que les idées sur l'hygiène et sur l'éducation ne sont plus les mêmes qu'il y a cinquante ans.

Grâce à une bonne hygiène, nous évitons maintenant de nombreuses maladies. Ces gestes qui paraissent aujourd'hui évident, comme prendre une douche chaque jour, ou se servir des toilettes, ne sont en fait que des conquêtes récentes.

L'éducation que vous allez donner à votre enfant, quand vous allez lui apprendre à se servir du pot, va influencer sa vie future, par rapport à son hygiène, par rapport à son caractère.

Pouvoir être propre suppose chez l'enfant un certain développement du système nerveux. Les sphincters sont des muscles commandés par des nerfs. Or, le contrôle volontaire de ces muscles ne peut se faire que lorsque la maturité biologique de l'organisme sera suffisante, c'est-à-dire vers les 18 mois. Comment voulez-vous que votre enfant puisse contrôler ses sphincters s'il ne peut encore contrôler ses autres muscles ? Il faut qu'il sache marcher, courir, grimper, etc., pour commencer cet apprentissage.

Apprentissage ou dressage ?

L'apprentissage de la propreté ne doit pas être un dressage.

Mettre un enfant sur le pot toutes les demi-heures, c'est le dresser ! Lui faire subir d'interminables séances-pot n'est pas lui apprendre quoi que ce soit. Et si par hasard il fait dans son pot au moment où vous l'y asseyez, ce n'est souvent qu'un réflexe, car la fraîcheur du pot sur les fesses chaudes provoque souvent la miction : ce n'est en aucun cas une acquisition du contrôle des sphincters.

En 1952, une enquête avait révélé que 80 % des mères commençaient le dressage avant 9 mois, encouragées en cela par certains médecins... Or, 60 % de ces enfants ne parvenaient pas à être propres avant l'âge de 2 ans. Etait-il nécessaire de s'empoisonner la vie (et celle des enfants) aussi tôt, alors qu'ils étaient propres au même âge que ceux qui n'avaient pas subi ce dressage précoce ?

J'irai plus loin : les enfants victimes d'un « forcing » sévère dans leur première année souffrent souvent de troubles physiques ou psychologiques, tels que :

— constipation* fréquente,
— crises de rage, d'opposition,
— besoin excessif et anxieux* d'ordre,
— attitudes d'entêtement,
— plus tard, d'avarice, et, dans les cas graves, de sadisme* ou de masochisme*.

Ces constatations sont le fruit d'études statistiques. Ces enfants peuvent souffrir aussi d'énurésie* ou d'encoprésie*, ce qui donne naturellement le contraire du résultat escompté. L'enfant, ne pouvant réaliser ce qu'on lui demande trop précocement s'inquiète ; il a peur de déplaire à ses parents, aussi son anxiété et son **agressivité** envers eux se traduit par la défécation ou la miction de jour dans sa culotte*... Où est le bénéfice pour lui et pour sa mère ?

Il y a une quarantaine d'années, les mamans avaient le souci de voir leur enfant propre très tôt car elles avaient des couches en tissu à laver, et pas de machines... Mais à l'heure actuelle, avec les changes jetables, il n'y a plus de raisons pratiques de s'acharner pour qu'un enfant soit propre avant son heure.

Le bon moment

Observez bien votre enfant entre 16 mois et deux ans : chacun a son rythme et ses préférences bien à lui pour se développer. Exemple : Paul, à 16 mois, ne marche pas bien, mais il parle mieux que les enfants de son âge... Joséphine, elle, court partout depuis l'âge de 10 mois, mais « baragouine » encore à 2 ans... Ces deux enfants sont parfaitement normaux.

Vous pourrez commencer à mettre votre enfant sur le pot :

— quand il aura un bon contrôle moteur (c'est-à-dire quand il saura marcher depuis environ six mois, qu'il grimpera avec agilité, etc). ;

— quand il aura la possibilité de demander d'aller sur le pot, c'est-à-dire quand il saura un peu parler ;
— quand il aura envie de vous le demander : quand vous ne serez pas en conflit tous les deux.

A ce moment, vous pourrez lui proposer de ne plus mettre de couches et d'aller « comme les grands » faire sur le pot.

Si vous ne brûlez pas les étapes, en une semaine la propreté sera acquise (contre six mois à un an lorsqu'on est pressée de le voir propre : paradoxal, non ?). Ce n'est pas magique, mais simplement parce que vous vous y êtes bien pris(e).

Félicitez votre enfant quand il fait dans son pot ; ne le grondez pas s'il arrive des *accidents* ; rassurez-le : Tu verras, quand tu seras plus grand, tu arriveras à faire pipi à chaque fois dans le pot...

Les accidents durent parfois longtemps et sont normaux ; ainsi tel enfant qui, pris par ses jeux, oublie de demander à aller aux toilettes.

Lorsque votre enfant pourra se faire plaisir en se retenant pour aller au bon moment aux toilettes, et qu'en même temps il sentira qu'il vous fait plaisir, il saura rester propre.

Un enfant qui a du plaisir à grandir aimerait ne plus avoir de couches (s'il est capable de se retenir).

Une fois qu'il sera propre le jour, attendez quelques mois : observez ses couches après la sieste : si elles sont sèches ou peu mouillées, proposez-lui de ne plus en mettre, et respectez là encore ce qu'il peut ou ne veut pas faire. Quand il sera propre durant la sieste, attendez encore quelques mois et proposez-lui le même système pour la nuit.

Pour l'aider, évitez de lui donner à boire pendant l'heure qui précède le coucher ; qu'il aille aux toilettes juste avant de dormir. Dites lui que, s'il se réveille la nuit parce qu'il a envie de faire pipi, il peut vous appeler. Au besoin, laissez une lumière dans un couloir pour qu'il n'ait pas peur de déambuler la nuit jusqu'aux toilettes, ou jusqu'à votre chambre.

Le lever, quand il dort, pour lui faire faire pipi au milieu de la nuit ne sert strictement à rien. Ce n'est pas ainsi qu'il apprendra spontanément à se réveiller quand il a envie.

Proposez d'enlever les couches plutôt un peu tard que trop tôt : les enfants supportent mal qu'on leur en remette après les avoir enlevées : c'est un constat d'échec qu'ils sentent très bien (sauf si ce sont eux qui ont demandé à ne plus en mettre).

Le plaisir de grandir

Evitez la rivalité ou la comparaison avec d'autres enfants.

Chacun son rythme. L'acquisition de la propreté n'a rien à voir avec les possibilités intellectuelles d'un enfant. Il ne sera pas plus efficace dans la vie parce qu'il aura été propre six mois plus tôt. En revanche, il sera probable-

ment plus heureux et détendu si vous suivez son rythme et si apprendre à être propre n'est pas l'occasion de disputes.

L'important, ce n'est pas la rapidité des acquisitions mais, pour l'enfant, le plaisir de grandir et de vous faire plaisir : c'est, d'une certaine manière, son premier cadeau.

ÉLEVER SEUL(E) SES ENFANTS

Il n'est pas simple d'élever seul(e) ses enfants.
Il convient de tout faire pour qu'ils n'en souffrent pas trop.

Elles étaient 2 900 000 veuves, en France, en 1962 ; 3 200 000 en 1982. Ce qui signifie qu'un foyer sur quatre est touché par la solitude tragique causée par la perte du conjoint. Ajoutons à cela la progression vertigineuse des séparations et des divorces.

Les deuils ou séparations provoquent des troubles plus ou moins importants chez les enfants, selon qu'il s'agit de solitude choisie ou de solitude contrainte.

La solitude choisie

Lorsque les parents ont décidé d'un commun accord de se séparer parce qu'ils ne peuvent plus s'entendre, le fait d'élever seule (seul) ses enfants peut être difficile — il faut être organisé(e) — mais pas traumatisant si l'éloignement est accepté par chacun.

La solitude choisie et souhaitée de part et d'autre peut être même libératrice si la séparation est « réussie ».

Une femme seule, ne désirant pas revivre avec un compagnon, sera moins amenée à se plaindre des souffrances et des difficultés de la vie qu'une femme qui vient de perdre son mari dans un accident de voiture : elle fait face. Sa nouvelle condition est le produit d'une décision réfléchie. Pour elle, vivre seule avec ses enfants résulte, sinon d'un souhait profond, du moins d'un choix qu'elle assume en dépit des moments de découragement qu'elle doit affronter.

L'essentiel est qu'elle ne reste pas isolée sur le plan affectif, qu'elle et ses enfants conservent une certaine sociabilité, c'est-à-dire qu'ils aient des amis sachant les soutenir, les aimer, les estimer pour ce qu'ils sont. Que la mère exige éventuellement une aide financière ou matérielle lui permettant de vivre décemment. Qu'elle élève ses enfants avec l'espoir qu'ils réussiront là où elle a le sentiment d'avoir échoué, c'est-à-dire qu'elle s'abstienne de faire sans cesse des généralités discréditantes sur « les hommes... » (du style : « Tous les hommes sont pareils, tous comme ton père : on ne peut pas compter sur lui ! On ne peut jamais compter sur eux ! », etc.).

De tels propos sont nocifs, car les enfants le savent bien : si leur mère a vécu avec cet homme assez longtemps pour désirer les mettre au monde, c'est qu'elle l'a aimé suffisamment fort, cet homme, à qui elle doit sa solitude présente, ou, en tout cas, qu'elle a su lui faire confiance : et qu'alors il n'était pas « comme les autres »...

Même chose d'ailleurs pour les pères, qui doivent se garder de discréditer leur ex-épouse devant leurs enfants. Eux aussi doivent s'abstenir de geindre sans arrêt, de se plaindre à tout bout de champ, de chercher à régler leurs comptes à travers leurs enfants, même si c'est tentant !

Les femmes ont d'autant plus de facilités à faire face aux problèmes engendrés par le fait d'élever seules leurs enfants, qu'elles n'éprouvent au fond d'elles-mêmes aucun plaisir à se morfondre ou à accuser l'autre de tous les méfaits.

Il est bon d'expliquer aux enfants que l'on a choisi sa solitude : il ne faut pas qu'ils nous croient toujours victimes du destin.

La solitude contrainte

La solitude contrainte, celle que l'on ne choisit pas, c'est la tragédie familiale qui s'impose à l'enfant et qui engendre nécessairement une souffrance réelle, un deuil, un traumatisme.

La mère a besoin d 'exprimer son désarroi, son sentiment d'abandon, sa déprime profonde si son époux l'a tragiquement quittée.

Plus de 15 000 femmes âgées de moins de 34 ans se retrouvent seules à la suite du décès de leur mari (statistiques de l'I.N.S.E.E. 1982). C'est l'accident, l'horreur, l'inattendu auquel il faut quand même faire face.

Il est urgent de reprendre goût à la vie, de ne pas se laisser dévorer par cette tristesse sans nom, ne serait-ce que pour l'avenir des enfants. Il faut faire jaillir de soi toutes ses sources de vie pour se tourner vers les autres, pour éviter le repliement et le fatalisme.

Il faut du courage, surtout au cours des premières années de cette solitude qu'impose la disparition de l'être aimé.

Il n'y a qu'une seule façon de faire, afin que le père absent ne soit jamais effacé de la mémoire des enfants : que leur mère leur parle de lui, qu'elle rapporte, malgré sa douleur, les souvenirs heureux, qu'elle les partage avec ses enfants. Qu'elle ne se taise surtout pas.

Car le père continue de vivre ainsi, par la magie de sa parole à elle. Il est là sans y être, et les enfants pourront s'identifier à l'image qu'elle donnera de lui : **identification** imaginaire et symbolique qui les aidera toute leur vie durant ; identification à l'absent, rendu présent grâce aux liens de parole ainsi tissés. Et cela, au-delà de toute lamentation susceptible de submerger la famille durant les mois les plus sinistres.

Elever seule ses enfants suppose cette ascension morale, ce courage et cette façon subtile — grâce aux mots, aux images et aux souvenirs — d'être seule sans l'être totalement.

Grâce à l'estime de soi et à l'amour. Même si, comme le disait Bettelheim, l'amour ne suffit pas...

Adresses d'associations — Plusieurs associations apportent une aide morale aux femmes seules, notamment aux veuves :
• La Fédération des associations des veuves et chefs de famille (F.A.V.E.C.) 28, place Saint-Georges, 75009 Paris – Tél. (1) 42 85 18 30
• Espérance et Vie (Mouvement chrétien de femmes pour les premiers temps de veuvage) : 49, rue de la Glacière - 75013 Paris - Tél. (1) 45 35 78 27.
• Vient de sortir un ouvrage excellement documenté sur ce sujet : Poussin (G.), *Un seul enfant dans la famille*, Le Centurion, Paris, 1990.

AIME-T-ON TOUS SES ENFANTS DE LA MÊME FAÇON ?

Dans l'absolu, oui. Mais chaque enfant est apprécié différemment par ses parents. Et plus ils sont nombreux, plus le problème se complique...

Avoir une famille nombreuse apporte beaucoup de joies, mais nécessite temps et surcroît d'attention.

Il est vrai qu'un bébé mobilise beaucoup d'énergie et de disponibilité, mais les grands ont également besoin que leurs parents leur ménagent un espace-temps.

J'ai entendu récemment une mère dire : «Le premier on s'en occupe beaucoup. Le deuxième, on y arrive encore, mais les derniers, il s'élèvent tout seuls ». Or, il est tout aussi dommage de ne pas consacrer de temps aux aînés sous prétexte que les petits demandent plus d'attention, que de laisser ces derniers se « débrouiller » parce qu'on est très sollicité par les grands... Ce partage de l'affection et du temps réel est parfois délicat.

Chacun d'eux est différent...

Par souci de justice, certains parents s'efforcent de ne marquer aucune différence entre leurs enfants. Or, c'est impossible.

On aime tous ses enfants, mais on apprécie chacun d'eux pour des qualités humaines différentes : Sandrine est futée, désinvolte et drôle ; Sylvain, très émotif, a le cœur sur la main ; Sarah est sage et intelligente, etc. Lorsque l'on se demande pourquoi Sandrine n'est pas aussi sage que Sarah,

on a tendance à se culpabiliser parce que l'on préfère le calme et l'esprit de réflexion de la seconde à la vivacité de la première... Mais, à d'autres moments, c'est la malice de celle-ci qui nous fait fondre... Même si vous tentez de *faire pareil* pour tous, vous n'éviterez pas les jalousies*.

Vos attitudes, vos comportements même les plus équitables sont très différents car chacun de vos enfants a sa propre personnalité ; votre âge, votre expérience, votre état d'esprit ont aussi évolué. Sans vous en rendre compte, vous n'agissez pas de la même façon avec les uns et avec les autres, même si vous les aimez tous avec la même force.

C'est la diversité des attitudes et la richesse intérieure de chaque enfant qui font la joie des parents. Chacun de vos enfants, dès les premiers jours de sa vie, a sa manière bien à lui de communiquer avec vous : c'est en cela qu'il est *original.*

Comment être juste ?

En s'organisant pour déjouer les maladresses, éviter les injustices et les jalousies excessives, consacrer du temps à chacun d'eux en fonction de sa personnalité. Certains parents éprouvent parfois un parti-pris contre un de leurs enfants ; dans ce cas, il vaut mieux consulter un psychologue pour en comprendre les raisons et améliorer leur relation.

En expliquant, avec des mots qu'ils soient à même de comprendre, que vous êtes obligés de partager votre temps de façon à ce que chacun d'eux en ait un peu pour lui.

L'un préfèrera que vous l'aidiez à faire ses devoirs, l'autre que vous lui lisiez une histoire avant de se coucher, le troisième que vous l'accompagniez au stade... A vous de vous organiser. Qu'ils sachent que, si le temps se partage, votre amour augmente à l'arrivée de chaque nouvel enfant. Chacun, dans l'absolu, en a la même part.

Si vos enfants aiment les câlins, continuez, mêmes s'ils sont grands, à partager ces moments de tendresse. Il est bon de dire et d'entendre des mots tendres : on se sent plus fort pour affronter la vie lorsqu'on se sait aimé.

L'ENFANT UNIQUE EST-IL COMME LES AUTRES ?

Au moment où l'on parle de « politique pour la famille », certains parents se sentent « anormaux » parce qu'ils n'ont eu qu'un seul enfant.

Il y a des parents qui pensent que d'importants problèmes rencontrés par leur enfant sont dus à ce statut d'enfant unique. Le courrier que nous recevons le confirme :

« Ma fille de 10 ans est jalouse, elle déteste partager, n'aime pas jouer avec les petits, et préfère être toujours avec mon mari et moi-même. Est-ce parce qu'elle est enfant unique ? »

Généralement, nous avons un deuxième ou un troisième enfant non pour *corriger* les troubles supposés du premier, mais parce que nous désirons faire des enfants pour distraire ou satisfaire l'aîné. Serait-ce une curieuse démarche ?

L'enfant unique n'a pas plus de problèmes que les autres enfants. Il peut avoir un caractère différent, être plus possessif, dans la mesure où ses parents sont disponibles pour lui seul. Il peut être plus jaloux*. Son attachement à son père et/ou à sa mère est puissant. L'enfant unique doit assurer à lui seul les désirs et les espérances de ses parents : c'est parfois lourd. Il peut aussi se sentir responsable de la cohésion ou de la dislocation du couple formé par ses parents.

L'enfant unique peut être plus grave, plus sérieux, plus adulte que les autres, moins joueur, si, en dehors de l'école, il n'est entouré que d'adultes.

Il est important de ne pas tout centrer sur lui. Il doit pouvoir, pour déjouer sa solitude, inviter des copains à la maison, et être lui-même invité, organiser des vacances avec d'autres enfants de son âge, etc.

En fait, un enfant unique n'est pas nécessairement moins prêteur, parfois c'est même le contraire : il prête ses jouets pour gagner l'amitié d'un autre ; quelquefois, il aime plus partager que certains enfants qui ont des frères et des sœurs avec lesquels la rivalité se passe mal.

Il faut cesser de croire, en 1990, qu'avec un enfant unique on ne constitue pas une « vraie » famille... Les modèles sociaux de la vraie famille varient d'ailleurs selon les pays. En outre, beaucoup d'enfants uniques ne sont pas mécontents de rester uniques.

Dans les familles où il y a plusieurs enfants, ce n'est pas plus facile pour ces derniers et pour leurs parents : c'est seulement « différent », à cause des rivalités et jalousies entre les enfants.

Dans une famille nombreuse, chaque enfant se caractérise (en plus de son sexe et de sa personnalité propre) par la place qu'il occupe dans la fratrie. L'aîné, soulignons-le, est le seul à avoir été enfant unique pendant un temps, aussi bref fût-il.

Un surcroît d'énergie

Cet enfant, unique jusqu'alors, doit brusquement faire face à l'arrivée d'un autre, et cela le rend jaloux, parfois inquiet, mais souvent plus combattif que ses cadets. Avoir à partager le *temps* et l'amour de ses parents avec un autre est frustrant* pour l'aîné, mais cela lui donne un surcroît d'énergie et un esprit de compétition qui, bien exploité, lui est utile.

Mais la jalousie n'est pas le privilège de l'aîné : les benjamins l'éprouvent tout autant, même si leur jalousie est parfois plus subtile car ils ont toujours été confrontés à la rivalité. Le petit dernier est généralement le plus gâté, mais il a la lourde tâche de réaliser les espérances familiales lorsque les aînés n'ont pu le faire.

C'est l'aîné qui a dû « former » ses parents ; être un enfant n'est pas de tout repos et, comme on peut le constater, il n'y a pas dans la fratrie de place particulièrement enviable. Cependant, toute place est importante car elle justifie les différences et les avantages réservés à chacun. Les enfants comprennent cela : par exemple, on ne se couche pas à la même heure si l'on a 5 ans ou si l'on en a 15... Il faut pourtant veiller à ne pas accentuer les jalousies entre frères et sœurs.

Faire des différences

On a cru longtemps que « faire pareil » pour les aînés et les cadets, en toutes circonstances, était la bonne solution. Il paraît sage aujourd'hui de revoir cette idée. Il n'est pas bon de marquer une préférence pour l'un ou l'autre des enfants, mais certains parents ont tellement peur d'être injustes qu'ils amalgament les besoins des petits et des grands, par crainte de la jalousie et de la frustration. Ainsi cette mère qui ne supportait pas de faire des différences entre ses enfants, lesquels manifestaient une extrême jalousie l'un envers l'autre. Elle allait jusqu'à faire des cadeaux au second lorsque c'était l'anniversaire du premier, et vice-versa. Ses enfants avaient donc deux anniversaires par an ! La mère ne comprenait pas leur insatisfaction permanente ; la moindre différence faite entre eux accentuait leur jalousie et leur anxiété*, que la mère attisait inconsciemment en niant leurs différences.

La vie avec les frères et sœurs prépare à la vie sociale où c'est *chacun son tour.*

Soyons donc libre de répartir à notre idée ce que nous donnons à nos enfants, en fonction des situations.

Enfant unique ou famille nombreuse, peu importe. Ce qui compte c'est l'amour et la réponse adéquate donnée aux besoins individuels de chacun.

LES JOUETS SONT-ILS INTERCHANGEABLES ?

Petite voiture cassée, ballon égaré, poupée démantibulée, pelle et seau oubliés, cerf-volant déchiré : tout cela fait pleurer votre enfant. Pourquoi ? Que peut-on faire ? Les jouets sont-ils si aisément interchangeables ?

Les tout-petits supportent mal que leur jouet favori soit détérioré, malencontreusement oublié quelque part ou volé. Pleurs et jérémiades peuvent durer des heures si l'enfant découvre son jouet préféré en miettes ou si, à la fin de la journée, personne n'a réussi à mettre la main dessus.

Le scénario se termine généralement par la promesse du rachat, le plus rapidement possible, de l'objet en question.

Pleurer pour quelque chose

Mais voilà, avoir un jouet neuf, les enfants le disent eux-mêmes, « ce n'est pas pareil »... raison pour laquelle votre enfant, inconsolable, se remet à pleurnicher. Alors, souvent, la scène se termine par une fessée, supposée lui apprendre à « pleurer pour quelque chose ! »

Pourtant, votre enfant a ses raisons d'être triste et, même si cette réaction vous semble disproportionnée, il importe de comprendre pourquoi elle est aussi vive. Il y a deux raisons principales à l'origine de ce qui nous paraît un caprice ridicule.

Première raison : l'angoisse* suscitée par la perte d'un jouet que l'enfant adore (poupée, ours, etc.). Pour le petit, cet objet n'est pas une chose inerte : il a une âme, au sens où l'animisme enfantin attribue aux objets des sentiments et des pensées qui lui sont chers. Tout se passe comme si, en perdant l'objet, l'enfant qui se **projette** tout entier dans son jouet élu perdait une partie de lui-même. Quand l'objet est en mille morceaux, c'est la catastrophe ! En effet, le tout-petit, en proie à des angoisses de morcellement* inconscientes, se sent atteint dans son intégrité. D'où la crise de larmes disproportionnée, d'où la difficulté de consoler l'enfant par l'achat d'un nouveau jouet qui, même s'il est identique, ne sera jamais le même à ses yeux.

Deuxième raison : c'est le pendant de la première, c'est-à-dire l'attachement au « doudou » égaré, lequel procurait tout le réconfort que même les meilleurs parents ne peuvent assurer. Cet attachement est de nature analogue à celui que le petit enfant ressent envers sa mère. C'est pour cela qu'il s'agrippe à son jouet, l'emporte partout où il va, l'embrasse, lui sourit, et — qu'il s'agisse de la représentation d'un personnage (clown, bergère...) ou d'un animal (chat, lapin...) — le berce et l'anime avec attrait.

Une dépendance affective normale

Le jouet préféré comble un besoin de tendresse, d'amour, de sécurité, besoin qui est presque aussi fort que celui qui se noue avec la mère, la nourrice ou la puéricultrice chez les tout-petits.

En fait, une véritable **dépendance** affective s'établit dès que l'enfant s'attache au jouet élu, car ce dernier, dans son imagination, satisfait le besoin de contact et de proximité qu'éprouve tout enfant, dès les premiers mois, quand ses parents s'absentent.

Tout cela peut sembler absurde et excessif, car nous avons oublié, nous adultes, à quel point nous étions attachés à certains jouets auxquels nous tenions comme à la prunelle de nos yeux. Chez l'enfant, l'attachement est lié à des images de tendresse et au plaisir que procurent ces images. Il peut même s'exprimer par un coup de foudre, comme s'il s'agissait d'une personne. Et cela, pour nous parents, c'est vexant ! Que leur enfant reporte son affection sur une simple peluche agace certains car ainsi l'enfant leur fait comprendre que pour lui ce jouet est irremplaçable.

Réparer la perte

Les parents responsables de la perte du précieux objet peuvent chercher à réparer leur oubli, mais ce n'est pas si simple... Thierry devra habiller un autre « doudou », Claire refera la coiffure de sa nouvelle poupée, Jonathan ne retrouvera pas à coup sûr le même « piou-piou » adoré, si le premier, l'original, reste introuvable ou irréparable.

A moins qu'un autre objet ne vienne prendre dans le cœur de l'enfant la place qu'occupait le premier, provoquant du coup chez les siens un soulagement presque magique.

La qualité d'un objet aimé, sa douceur, son attrait (même s'il vous semble horrible), la capacité de rêverie qu'il suscite, jouent un rôle essentiel sur le développement de l'intelligence, de la vie affective et relationnelle de votre enfant.

Chez les grands, les voitures de pompiers, les camions, etc., renforcent la qualité de représentation d'une action, et permettent à l'enfant de construire son imaginaire.

Il faut évidemment racheter le même jouet si l'enfant y tient. Toutefois, dans son esprit, la rupture aura été faite. Il est bon de ne pas chercher à colmater toutes les brèches, et de laisser votre enfant s'attacher de lui-même à un autre jouet.

Plus tard, les puzzles, les ballons, voitures, jouets d'éveil, ne présenteront pas l'inconvénient des premières peluches. Quand l'enfant sera capable de participer à des jeux organisés, demandant une véritable organisation *symbolique*, il ne s'assimilera plus au jouet. Ce dernier aura une existence propre. Et l'enfant, plus d'indépendance.

DU BON USAGE DE LA FESSÉE

La fessée est-elle un moyen d'éduquer ?
Faut-il se l'interdire ? Pourquoi est-on amené à frapper ?

Les adultes stressés, fatigués, ont parfois des mouvements de violence quand les mots leurs manquent, quand ils n'arrivent plus à se faire entendre ou comprendre.

La fessée tombe alors, comme un « **passage** à l'acte » soulageant les parents excédés et posant de façon catégorique une limite aux bêtises de l'enfant.

Mais il y a fessée et fessée : la fessée qui veut dire non, qui ne prête pas à conséquence, et la fessée systématique qui peut tourner à la grande violence. Il y a aussi des parents qui donnent la fessée quand ils ont peur pour l'enfant...

Chaque famille a sa position éducative concernant la fessée : certaines sont systématiquement contre, d'autres la préconisent même pour les plus petits (« qui aime bien châtie bien » !).

La violence est une réaction que l'on doit contrôler ; lorsqu'une mère est agacée, elle ne doit pas laisser son **agressivité** prendre le dessus au point de frapper fort et à tout bout de champ. Exprimer son mécontentement en famille est bon pour l'enfant comme pour les parents : « Je ne suis pas contente... Tu m'ennuies !... Je suis fâchée contre toi. Va dans ta chambre, plus tard nous ferons la paix ! » Etc. Ou : « Maman, tu n'es pas gentille !... Papa, tu ne tiens pas tes promesses!... » On peut critiquer sans blesser.

La force des mots modère la violence physique envers les autres et envers soi-même.

Respecter l'enfant

De nos jours, nul ne peut pratiquer un système éducatif fondé sur la violence et la peur, en excluant le respect dû à l'enfant. Cependant, chacun d'entre nous sait bien qu'une fessée peut « partir » d'un seul coup sans que cela ait de graves conséquences.

Un signe de défaite

La fessée n'est pas vraiment un système éducatif :

1. les faits reprochés à l'enfant ne lui sont pas toujours dits clairement ;
2. à force de recevoir des fessées, l'enfant finit par s'en moquer, et il affiche une attitude provocatrice qui amène les parents à frapper plus fort, sans obtenir pour autant ce qu'ils souhaitent ;

3. la limite est mince entre **la bonne correction** méritée, et les sévices infligés à un enfant. Certains parents brutaux ne parviennent plus à se contrôler, voire prennent plaisir à frapper. Ils se sentent supérieurs à bon compte puisqu'ils possèdent sur l'enfant le pouvoir de la force physique.

En fait, le recours systématique à la gifle ou à la fessée est signe de défaite des parents, dans la mesure où ils ont été incapables de trouver d'autres moyens pour communiquer avec leur enfant et s'en faire obéir.

Que faire ?

Les parents ne sont pas des supermen ou superwomen infaillibles. On peut s'énerver, perdre patience : une gifle part... Le coup ayant été donné sous l'impulsion du moment, il reste à expliquer à l'enfant pourquoi il vous a énervé à ce point, pourquoi la claque est partie toute seule.

Parfois, l'acte est justifié par la peur d'un danger réel et immédiat (doigts dans les prises électriques, jeu avec des morceaux de verre, etc.) : la contrainte physique doit être immédiate et efficace dans le but de protéger l'enfant (une tape sur la main ou sur les fesses donne un résultat instantané).

Changez vos habitudes s'il le faut : ne frappez *jamais derrière la tête ou en plein visage.*

Ne donnez jamais la fessée à un enfant avant l'âge de 18 mois. *Les bébés* n'ont pas la maturité intellectuelle et affective pour associer la faute et la punition : en général, naïvement, ils recommencent.

Vous pouvez *expliquer* votre réaction à un jeune enfant. Même s'il ne parle pas encore, il peut comprendre : « Les prises de courant sont dangereuses ; je t'ai fait mal à la main car tu aurais pu mourir électrocuté, et cela je ne le veux pas ».

On peut *punir sans donner des coups.* Gronder un enfant, le priver de télévision, de sortie, de sport, etc. ; dire que l'on n'est pas content de lui est généralement suffisant.

Eduquer, c'est instituer des limites et obtenir des enfants qu'ils les respectent. Ce n'est jamais en les frappant qu'on y parvient le mieux.

Statistiques

Selon un sondage de mars 1989, 40 % des parents sont favorables à la fessée ou à la gifle lorsqu'ils doivent punir leurs enfants. Mais 47 % d'entre eux s'y refusent. La punition corporelle tombe principalement lorsqu'il y a désobéissance ou insolence. C'est en tout cas ce que disent 51 % des parents ; jamais, ou rarement (6 % seulement), pour un mauvais travail scolaire.

La colère est toujours à l'origine d'une punition : 76 % des parents avouent être sous son emprise lorsqu'ils frappent... Il ne s'agit pas d'un acte réfléchi, pensé, ayant un but éducatif.

POURQUOI CI ? ET POURQUOI ÇA !

D'où ça vient ? Qui a fait la Terre, les étoiles, la mer ?...
Et comment ça s'est fait ? Et pourquoi l'eau est-elle mouillée ?
Pourquoi ceci ? Comment cela ?...

Qui n'a jamais été confronté aux mille et une questions que posent les enfants entre 3 et 5 ans, sur l'origine de tout ?

Vient un moment d'ailleurs où, agacés, les parents s'épuisent à répondre, à trouver des solutions ; ou ils ne savent plus quoi dire, ne sachant plus eux-mêmes...

Arrive l'instant en effet où la plupart voudraient que cessent toutes ces questions « enquiquinantes », embarassantes car elles soulignent notre propre ignorance du pourquoi des choses et de leur finalité.

Que peut-on dire quand on ne sait pas ? Eh bien, tout simplement, que l'on ne sait pas.

Le « comment » des choses

Tout d'abord, il faut distinguer, dans le flot des questions que nous posent nos enfants, deux sortes d'interrogations bien distinctes :

1. *comment* s'est fait le monde, comment se sont constitués la terre, les éléments, etc. ;
2. *pourquoi* le monde existe, pourquoi les choses sont ce qu'elles sont, ou portent tel nom plutôt qu'un autre...

Toutes les questions qui se rapportent au « comment » concernent en effet l'origine lointaine des choses et de l'univers. Mais, en réalité, elles sont une façon détournée, chez l'enfant, de poser la grande question de l'origine de la vie, et plus précisément de sa vie à lui.

Conséquences ?

Pour faire cesser une bonne fois ces sempiternelles questions il faut être radical, ce qui signifie au sens propre : prendre les choses par la racine. Et la racine en l'occurence, c'est l'histoire de l'enfant, de ses origines, de sa naissance, de sa conception.

Que se passe-t-il en effet ?

L'enfant **déplace** en fait la réalité de sa propre existence sur celle des choses qui l'entourent et qui lui sont extérieures. Il est inconscient de tourner autour du pot, inconscient de ce que, en fin de compte, l'histoire qui l'intéresse vraiment, c'est la sienne.

Les enfants adorent que l'on raconte la singulière histoire de ce qu'ils étaient **avant**, et il est bon que chaque parent y aille de sa légende. Car c'est un peu comme une légende ou un conte qu'écoutent les petits, et ils jubilent

à l'évocation des tout premiers souvenirs de leur vie. Ils raffolent des détails, ils cherchent dans nos yeux le plaisir partagé au récit des premiers instants.

A proscrire, donc, l'évocation de la souffrance, des ennuis ou des conflits importants. J'insiste, car certains parents, au nom de la Vérité (avec un grand V), se croient obligés de tout dire, de façon crue.

Mais attention : ma remarque n'implique nullement que vous ne répondiez pas aux vraies questions posées. Il est essentiel de dire ce dont on est convaincu, tout en respectant les idées des autres.

Comment le monde s'est-il constitué ? Répondez ce que vous croyez juste. Le monde a-t-il été créé par Dieu ? Dites-le lui si vous le pensez. Est-il le fruit d'une lente et progressive évolution comme le pensent les scientifiques (et les athées) ? Si c'est ce que vous croyez, dites-le à votre enfant en le lui expliquant avec des mots à sa portée.

Que votre réponse soit dictée par une conviction religieuse ou scientifique, c'est l'affaire des adultes. Mais, dans un cas comme dans l'autre, ce qui est formidable, c'est que l'enfant nous pousse à réfléchir, à nous expliquer, à nous documenter, et au fond à retrouver — si nous l'avons perdue — notre propre curiosité enfantine.

Le « Pourquoi » des choses

Quant au pourquoi, c'est une autre affaire.

A 3 ans, un enfant ne peut pas comprendre que la matière a des propriétés, que les choses ont des caractéristiques, car pour lui ces mots sont abstraits. Les physiciens n'ont pas de mots simples pour en parler. Il suffit donc de dire : C'est ainsi.

Oui, c'est ainsi, les noms des choses sont attribués le plus souvent de façon arbitraire. Et l'enfant pose, en toute naïveté, des questions véritablement philosophiques, dont beaucoup embarrassent les penseurs depuis plus de 25 siècles. Questions coinçantes, énervantes, dans la mesure où on ne connaît pas de réponses définitives au « pourquoi » des choses.

Pourquoi une chose est-elle une chose et pas une autre chose ? Que répondre à cela ? Les grands hommes ont essayé d'expliquer l'essence des choses, de justifier l'existence de l'eau, de l'air, de la terre et du feu... Mais quelle que soit la pertinence des réponses que l'on tente d'apporter, je crois nécessaire de faire preuve d'un certain éclectisme et d'oser avouer que l'on ne sait pas, si c'est le cas.

Eclectisme ? Pourquoi ?

Pour élever nos enfants dans un esprit de tolérance et de respect des croyances de chacun ; pour qu'ils ne soient pas, très tôt, idéologiquement prisonniers d'un dogme ou d'une doctrine qui fermerait leur esprit, atténuerait leur éveil ou leur curiosité.

Les gens, avouons-le, répondent difficilement au pourquoi des choses quand la question est générale.

Quand elle est singulière, c'est plus facile.

« — Pourquoi est-ce que je m'appelle Alexis ? me demanda mon fils quand il eut 3 ans.

— Parce que ta maman et moi nous aimons beaucoup ce prénom. »

Ensuite, il m'a demandé :

« — Pourquoi tu es né, toi ?...

— Parce que mon papa et ma maman voulaient un enfant pour l'aimer toute la vie ».

Je crois bien que ce jour là mon fils a compris pourquoi il était né, lui : pour être aimé toute la vie. Il m'a coulissé un regard tendre, et je l'ai embrassé.

Mais, à vrai dire, cette réponse à brûle-pourpoint était la mienne, et je ne conseille à personne de répondre autre chose que *sa* vérité. Cette réponse n'a donc rien d'exemplaire. Il se trouve que cela était vrai, d'après les confidences de mon propre père à qui j'avais moi-même posé la question.

Si la naissance de votre enfant a été un « accident », vous pouvez lui dire que vous ne l'attendiez pas vraiment, mais qu'à son arrivée tout le monde a été heureux de l'accueillir. Ainsi un enfant, même non désiré, peut savoir *pourquoi* il est sur cette terre.

Il est rare qu'un enfant soit haï dès sa naissance, cependant j'ai rencontré en consultation des cas incroyables, chez des adultes dépressifs*. Souvent ils n'ont pas en eux-mêmes de raisons de vivre : on ne leur a pas transmis ce désir.

Boris Vian, lui, nous dit sa conviction :

« Pourquoi je vis ?

Parce que c'est joli... »

CES CONTES ET LÉGENDES QUI LUI FONT PEUR

« Il était une fois... »

Ainsi commencent les contes qui ont bercé notre enfance. Mais quelle est leur véritable signification ?

Walt Disney devait penser que raconter aux enfants les contes de Perrault ou de Grimm dans leur version intégrale était une chose trop *dure* , voire *traumatisante*, puisqu'il en a édulcoré bien des passages tragiques.

Certains éducateurs pensent que raconter des légendes aux petits enfants leur est néfaste et risque de les maintenir dans un monde irréel ou, au contraire, de les terrifier.

Avoir peur et se faire peur « pour de rire » fait partie des désirs des enfants qui ainsi conjurent leurs vraies peurs. Ils ont également besoin de vivre par moments dans des mondes fabuleux.

Les enfants comprennent, quand on le leur explique, que les contes se

passent dans un univers de rêve, que les situations sont fictives et les personnages inventés. Bien entendu, pour qu'ils puissent faire la différence entre le réel et l'imaginaire, il est nécessaire de commencer par « Il était une fois... ».

En outre, la féérie des contes débouche sur une morale, implicite ou non, et sur un enseignement qui adapte l'enfant à la réalité du monde.

Le but de son éducation est entre autres de lui faire voir les avantages d'un comportement conforme à la morale de la Société ; cela se fait subtilement, à l'aide de **symboles**, d'images, de récits...

La morale de l'histoire

Dans *Les trois petits cochons* par exemple, la morale implicite est que celui qui a travaillé dur est protégé des dangers (la maison de briques résiste aux attaques du loup), alors que ceux qui, par insouciance, se sont livrés aux purs plaisirs de la musique et n'ont bâti que de légères cabanes de paille ou de bois, se retrouvent faibles face au péril. C'est l'illustration du **Principe de réalité** dans son opposition au **Principe de plaisir**.

Dans *Le Chat botté,* c'est encore l'effort et la ruse qui comptent, et non l'héritage, pour réussir dans la vie : « L'industrie et le savoir-faire valent mieux que les biens acquis », conclut Charles Perrault. Donc, les plus faibles peuvent aussi réussir dans la vie.

Dans *Cendrillon* il est question de la rivalité entre sœurs. Malgré la misère morale et matérielle où elle est maintenue, Cendrillon reste bonne et serviable. Elle est écrasée, méprisée, avilie par ses demi-sœurs, mais elle trouvera sa récompense dans l'amour du prince et deviendra elle-même princesse...

Ce que les enfants vont saisir intuitivement dans le sous-entendu de ce conte, c'est que les envieux, les aigris, les jaloux ne sont jamais gagnants et ne sont pas heureux.

Les contes sont une parabole de la vie réelle. Ils expriment l'idée que dans l'existence il y a l'adversité mais aussi des consolations : il ne faut pas esquiver **conflits** et difficultés pour trouver son identité.

Les contes et légendes conduisent les petits vers la découverte de leur personnalité, leur montrent par quelles expériences il doivent passer pour développer leurs facultés et leur caractère.

Le thème d'un conte doit provoquer la curiosité de l'enfant, stimuler son imagination et lui faire comprendre ses difficultés intérieures passagères (la jalousie*, la peur d'être dévoré par le loup...) tout en lui suggérant d'authentiques solutions aux problèmes qui le troublent. En somme, les contes révèlent les problèmes intimes de l'être et donnent des solutions.

Je conseillerais aux parents et grands-parents de lire les contes dans leur version intégrale, sans les édulcorer, car les enfants aiment et ont besoin des passages épouvantables de ces histoires évoquant ce qui les inquiète et finissant généralement par une solution heureuse qu'il faut toujours raconter.

Ce qui inquiète les enfants, aussi heureux soient-ils dans la vie, c'est :

— la peur d'être abandonné, comme le Petit Poucet ou Blanche-Neige, dans la forêt ;
— la peur d'être dévoré (Le petit chaperon rouge, les Trois petits cochons) et la mort en général ;
— la peur de n'être plus aimé, qui s'exprime dans la rivalité entre frères et sœurs (Cendrillon, Le Chat botté) et correspond à des préoccupations inconscientes auxquelles la fin des contes apportent des solutions heureuses et rassurantes ;
— la jalousie de la belle-mère envers sa fille adoptive (Blanche-Neige).

Découvrir la « dure réalité »

Parents et grands-parents s'ingénient à escamoter les passages *durs* de ces contes, afin de cacher les côtés douloureux et difficiles de la vie. Pourquoi vouloir cacher aux enfants que la réalité est faite de conflits ? Ne risque-t-on pas de les fragiliser, de les handicaper psychiquement s'ils ont été surprotégés durant leur petite enfance ?

Dans les contes de fées, le bien et le mal sont omniprésents mais matérialisés par des personnages (fée, dragon, etc.), de même que le bien et le mal existent en chaque individu.

Ce qui est intéressant pour l'enfant dans cette dualité interne, représentée par la sorcière et le Prince Charmant (dans *La Belle au Bois dormant*) par exemple, c'est que le bon, le héros auquel s'**identifie** l'enfant, gagne toujours, et avec lui la vertu triomphe du mal.

L'ENFANT ANXIEUX AVANT UNE OPÉRATION CHIRURGICALE

Personne, convenons-en, ne « passe sur le billard » sans une certaine appréhension. Les enfants redoutent également cette épreuve, mais pas nécessairement pour les mêmes raisons que nous, adultes.

L'anxiété précédant tout acte chirurgical est plus ou moins importante chez l'enfant comme chez ses parents. Comment ne pas se laisser envahir par l'angoisse ?

Côté parents

Fût-ce pour une appendicite — au demeurant très classique —, tous les parents s'inquiètent avant l'opération. Toutefois, si vous vous laissez envahir par cette inquiétude, vous allez la communiquer à votre enfant et augmenter la sienne. Aussi serez-vous rassurés si vous prenez le temps de poser au corps médical toutes les questions qui vous troublent. Le doute s'accompagne géné-

ralement de **fantasmes** et de croyances pessimistes. Donc, en répondant à vos questions, chirurgien, anesthésiste et infirmières vous rassureront.

Côté enfant

Il est essentiel de tout bien expliquer à l'enfant qui va être opéré. C'est un être capable de dialogue, capable de comprendre et d'exprimer ses émotions. Or, il souffre et appréhende ce qu'on va lui faire ; c'est de lui seul qu'il s'agit, il est en droit de savoir ce qui va se passer. Pour lui, comme pour un adulte, le doute et le flou sont très inquiétants.

Les explications rassurent

Pédiatres et parents savent qu'avant tout acte médical (simple vaccin ou prise de sang), il faut expliquer à l'enfant :

1. que cela va lui faire un peu mal ;
2. que cela est nécessaire pour le protéger contre une souffrance plus grande, ou contre une maladie.

Même s'il accepte mal vos raisons, votre enfant comprend qu'il n'est pas trompé ; il vous gardera toute sa confiance.

D'ailleurs, si à cette occasion il s'est montré courageux, il peut recevoir des bonbons ou un petit cadeau...

Côté bébé

Le tout-petit ne fait aucun rapport entre la maladie et le soin. Par exemple, il hurle si on examine ses oreilles alors qu'en soi cet acte n'est pas douloureux.

En tout cas, même si vous pensez qu'il ne peut saisir toutes vos explications, vous devez lui parler : vos paroles, et surtout votre ton, vont le calmer. Pour le moment, il vous entend parfaitement et enregistre, plus tard, il se souviendra et comprendra qu'on ne lui a pas fait mal pour rien. Si au contraire on ne lui dit rien, il se demandera pourquoi sa maman ne vient pas à son secours. Même s'il ne peut saisir parfaitement qu'il s'agit d'un soin nécessaire à son état, expliquez-le lui.

Par ailleurs, il est judicieux de choisir un hôpital ou une clinique qui admet la présence de l'un des parents 24 heures sur 24 auprès du petit malade, présence qui atténuera ses inévitables angoisses d'abandon*.

A partir de 8 ans

Un enfant de cet âge peut rester seul, toute la nuit, à l'hôpital. Mais là encore il est tout à fait indispensable de le prévenir que vous serez séparés le soir. Promettez-lui des visites, et des appels téléphoniques s'ils sont possibles. Evidemment, tenez vos promesses ! Si vous ne le pouvez pas, mieux vaut ne rien laisser espérer à votre enfant.

Vous pouvez lui expliquer simplement en quoi consistent, par exemple :

1. *l'anesthésie :* on l'endort pour qu'il n'ait pas mal. Arrangez-vous pour être près de lui quand il se réveillera ;
2. *l'opération :* que va-t-on lui enlever ? (L'appendice). Ou lui remettre en place ? (Fracture...). Pourquoi ? Comment ?
3. *après l'opération :* les premiers jours il aura sûrement mal, mais les médecins lui donneront des médicaments pour calmer la douleur. Dites-lui qu'à l'hôpital il sera avec d'autres enfants ; il se fera des copains... Assurez-le de votre présence (plus ou moins importante, selon l'âge de l'enfant).
4. *la convalescence à la maison :* dans certains hôpitaux il existe des livrets destinés aux enfants qui leur expliquent ces étapes en bandes dessinées. Dans d'autres services, le chirurgien s'adresse directement aux enfants, explique et fait des dessins pour illustrer ses propos.

Si votre petit malade n'y songe pas spontanément, n'hésitez pas à poser des questions, surtout si vous-mêmes ne savez pas répondre à tout.

Les adolescents

Naturellement, eux aussi ont droit à toutes les explications. D'autant qu'en cette période de la vie, leur corps subit des transformations : il existe des inquiétudes inhérentes à l'adolescence qu'il convient de dissiper.

A l'hôpital, ne les laissez pas sans visites sous prétexte qu'ils sont grands ; surtout en cette occasion, ils ont besoin de votre présence et de votre attention.

Nous savons que certains parents obtiennent l'obéissance des enfants en les menaçant de piqûres ou de visites chez le dentiste : à proscrire absolument, si l'on veut que cela soit bien accepté le jour où ils en auront vraiment besoin.

Finalement, en cette circonstance plus qu'en toute autre, parlez avec votre enfant : c'est le secret pour que tout se passe au mieux.

LES DESSINS DÉVOILENT LA PERSONNALITÉ

Pourquoi fait-on dessiner les enfants ?
Pourquoi dessinent-ils leur famille ?
Certains ne savent pas vraiment quel usage
un psychologue fait de ces dessins.

Est-ce que faire un dessin sert à quelque chose ? Si oui, à quoi ? Qu'est ce que les parents peuvent en tirer ? Peuvent-ils eux-mêmes **interpréter** un dessin ?

Chez le psychologue, le dessin sert tout d'abord à « prendre contact » avec l'enfant, surtout avec celui qui, en bas âge, maîtrise encore mal le langage ; mais aussi avec celui, plus âgé, qui n'ose parler directement de ses difficultés à une personne qui lui est étrangère. Faire un dessin paraît chose banale à l'enfant : il est moins effarouché que s'il doit parler de « ce qui ne va pas »...

Le dessin, la peinture servent en fait à exprimer (donc à dévoiler) les **conflits,** les inquiétudes, les problèmes d'un enfant. Lui-même commente souvent son œuvre ; ce qu'il dit du dessin avant, pendant ou après qu'il l'ait fait, est essentiel.

Je ne puis reproduire ici les nombreux *dessins de famille* dont je dispose. Aussi me limiterai-je à quelques remarques.

— J'ai sous les yeux le dessin de Christine (15 ans). Je lui ai seulement demandé de dessiner sa famille. Or, curieusement, le père n'est pas représenté.

Lorsque je lui ai fait remarquer cette absence, elle m'a rétorqué que son père « n'a plus donné signe de vie » depuis qu'elle a eu trois ans. Mais pour son treizième anniversaire — deux ans plus tôt — elle a reçu une carte postale où il annonçait son retour. Depuis, plus rien.

Christine pleurait en me racontant cela. Ainsi, le dessin de sa famille lui a permis de parler de ce dont elle souffrait : l'absence de son père.

— Le dessin de Cyril (10 ans). Sur le dessin de ce garçon, le père, au contraire, est comme un géant, à côté de la mère et des trois sœurs. Cyril est immensément fier de son père, et pourtant il vit dans la crainte, à l'ombre de cet « ogre » terrifiant qui l'intimide et le paralyse au point qu'il ne peut rien faire tout seul.

Tout se passe comme si ce père gigantesque envahissait la vie de Cyril. Ce qu'il dira plus tard, de façon détournée. Mais son dessin l'exprimait déjà à sa première consultation.

Le dessin sert aussi au psychologue à évaluer notamment la perception que possède l'enfant de l'unité affective de sa famille.

— Le dessin de Guillaume (12 ans). Tous les membres de la famille sont présents, y compris les grands-parents, mais les personnages sont posés l'un à côté de l'autre, raides, figés, les yeux fixes. Aucun mouvement.

Guillaume lui-même semble gourd, mal dans son corps.

— Sur un autre dessin, celui de la famille de Jean (8 ans), tous les personnages se donnent la main, à l'exception d'un tout-petit, nettement en retrait au bas de la feuille : le petit frère ; il est évident que Jean, jaloux, l'accepte mal. C'est là son problème.

Evaluer la maturité

On évalue en outre dans les dessins la maturité intellectuelle et affective de l'enfant. Ainsi, sur les dessins de Christine, dont j'ai parlé plus haut, les personnages sont de véritables bonshommes-têtards... Cette adolescente est très en retard sur le plan affectif et intellectuel. Ses dessins n'ont guère évolué depuis l'âge de 5 ans.

On évalue aussi la « perception des différences homme-femme ». La chevelure et les vêtements du père sont souvent différents de ceux de la

mère. On note aussi des différences entre les frères et sœurs, et parfois entre les générations parents/grands-parents.

Christophe (11 ans) écrit « mon père » au-dessus d'un personnage, mais ne dit pas « papa ». Ses personnages sont gribouillés, indistincts ; le visage n'est pas détaillé.

Un conflit important l'oppose à son père : il m'en parlera pendant un an.

Projeter et conjurer les conflits

On évalue enfin l'humeur, les carences* affectives, les **conflits** et la souffrance d'un enfant ou d'un adolescent. On apprécie l'organisation de sa pensée, on dépiste d'éventuels troubles de sa personnalité.

Qu'il s'agisse du « dessin de la famille », du « dessin de l'arbre » ou du « dessin du bonhomme », pour un psychologue, le dessin permet surtout à l'enfant de **projeter** sur une feuille ses conflits. Parfois de les conjurer.

Mieux vaut s'abstenir d'interpréter les dessins de l'enfant en famille, pour au moins trois raisons :

1 - *Le risque d'erreur.* Il est facile de se tromper quand on plaque une « clé **symbolique** », style clé des songes.

Les psychologues font rarement des **interprétations** allégoriques.

J'ai sous les yeux deux autres dessins, réalisés par des enfants ayant subi un deuil, un an environ auparavant. Nous pouvons nous attendre à ce que ces dessins dévoilent le même genre de problèmes ; à ce qu'une même cause produise les mêmes effets... or, ici, ce n'est pas le cas :

— le premier dessin est plein de couleurs vives, de personnages allègres, bariolés et en mouvements ;

— le second, gris, noirâtre, exprime la tristesse d'un deuil non résolu.

2 - En raison du *respect des paroles* de l'enfant. C'est lui qui fait le dessin, c'est à lui de fournir le commentaire qui servira au dialogue. Voire à l'interprétation.

Les grilles de décryptage toutes faites ne respectent aucun des mots justes que l'enfant est susceptible de livrer si on le lui demande.

Pas de clé symbolique magique et universelle.

3 - Enfin, parce qu'il faut *respecter la notion du métier* de chacun. Le psychologue interprète le « dessin de la famille » en fonction de ce qu'il sait du **« schéma corporel »**, des **conflits** latents, de l'intégrité de la famille, et de la maturité de l'enfant. Il ne doit pas faire d'interprétation à la hâte, mais s'attacher à ce que l'enfant commente son dessin, puis parle de sa famille et des difficultés dont il souffre.

L'instituteur apprend aux enfants comment dessiner correctement les personnages, les maisons, les arbres, etc. Les parents, eux, prennent le plus souvent plaisir à conserver les dessins que l'enfant leur offre spontanément.

Comme le dit Pirandello : « A chacun sa vérité ».

LE CHANTAGE AUX CADEAUX

A l'approche des fêtes, certains parents pratiquent le chantage aux cadeaux. Une méthode qui mérite réflexion...

Il est louable de vouloir que son enfant travaille bien à l'école, qu'il soit respectueux, obéissant, performant, mais cela ne nous autorise pas pour autant à dire ou à faire n'importe quoi.

Les enfants ne sont pas des ânes que l'on fait avancer avec la carotte et le bâton. L'époque où l'on croyait cela est révolue. Aujourd'hui, il est préférable d'envisager un autre type de relation avec ses enfants.

S'il est exact qu'il n'y a pas d'éducation sans frustration*, il faut dire qu'il existe de bons et de mauvais systèmes pour obtenir des enfants ce que l'on attend d'eux.

Le chantage est un piège

Au début, le chantage peut être efficace ; ce que nous appelons *promesses conditionnelles* (« Si tu fais ceci, tu auras cela », ou l'inverse : « Si tu ne fais pas ceci, tu n'auras pas cela »...) produit généralement les effets désirés. Tant que l'enfant est petit et soumis, des « résultats » peuvent être obtenus. Mais que se passe-t-il ensuite ?

— Ou les parents tiennent parole et, dans ce cas — un soir de Noël —, leur intransigeance est particulièrement terrible à vivre pour l'enfant. Et pour eux-mêmes...

— Ou les parents font de l'esbrouffe, cherchent à faire peur et, finalement, ne tiennent pas parole : auquel cas, à moyen terme, ils se discréditent aux yeux de leur enfant qui ne les croira plus, ils sapent l'efficacité et la cohérence de leur système éducatif, ils ternissent la qualité des échanges en famille.

Bref, le chantage fonctionne tant que dure la peur ou le désintéressement de l'enfant. Pourquoi ?

Parce que :

1. ce que nous nommons *renforçateurs positifs* (argent, cadeaux, avantages) produit des effets basés sur le désir de posséder ce que l'on convoite ;
2. les *renforçateurs négatifs* (punitions, privations, frustrations*) produisent des effets fondés sur la crainte.

Ce qui touche aux traditions, y compris les anniversaires, doit être préservé : ce qui est promis est promis. L'enfant doit avoir son vélo, même s'il n'a eu que 6 en maths !

Que les parents cherchent à obtenir satisfaction est une chose, qu'ils aient une emprise sur l'imaginaire enfantin au point de bouleverser ce que

représentent les traditions en est une autre. Et justement, les cadeaux (à Noël, aux anniversaires) font partie de nos traditions. Imagine-t-on un sapin décoré sans rien dessous, ou un anniversaire sans présent ?

Préserver la force symbolique d'une fête, d'un cadeau, c'est permettre à l'enfant de se structurer, de s'appuyer sur des valeurs fortes.

Une solution : la récompense imprévue

Il faut savoir l'effet que l'on cherche à produire : menacer sans arrêt un enfant peut le conduire au découragement, à l'opposition, au **conflit**, à l'échec. En outre, si punition il y a, il est préférable qu'elle porte efficacement sur des activités (sortie avec des amis, émissions à regarder à la télévision...) plutôt que sur des objets matériels.

Si les parents veulent obtenir satisfaction, mieux vaut encourager l'enfant : un cadeau inattendu pour le récompenser, une sortie improvisée (désirée par lui) portent infiniment plus leurs fruits.

L'imprévu, l'effet de surprise décuplent le plaisir de l'enfant. Ainsi pourra-t-il sortir exceptionnellement avec des amis que vous aurez contactés, voir une émission « pour les grands », et même avoir un cadeau convoité, sans qu'il y ait eu des promesses ou des menaces. Dans ce domaine, on peut improviser à tout moment.

Ce procédé de la récompense imprévue évite toute manipulation* des adultes comme des enfants. Il déjoue la déception due aux promesses non tenues, préserve le respect des traditions, et suscite le bonheur de tout le monde.

Mais c'est un plus, qui est vécu comme tel : n'en faites pas un système.

SAVOIR TENIR SES PROMESSES

Paroles en l'air, promesses non tenues.
Difficile d'être toujours conséquent.
Et pourtant, c'est important.

Parfois, un père, passant outre les consignes de la mère (ou inversement), dit à l'enfant : « Bon, mon chéri, tu peux quand même regarder ton émission préférée... mais ne dis rien à maman (à papa)... »

Il arrive que des parents, à bout d'arguments, promettent des punitions irréalistes : « Je t'assure que tu vas aller en pension si... »

Propos démesurés, paroles contradictoires, mots en l'air dont l'enfant sait pertinemment qu'ils ne seront pas suivis d'effets.

D'aucuns reviennent sur leurs décisions (là est le danger) ou disent :

« Après tout, fais ce que tu veux... », mais sous-entendent une punition plus importante si l'enfant fait effectivement ce qu'il veut.

Ce genre de propos conduit à une impasse pour l'enfant comme pour les parents.

Côté enfant, ces incessantes remises en question créent, à force, un sentiment d'insécurité et d'inconséquence, une confusion entre ce qui se dit et ce qui se fait ; entre ce qui est prédit, dénié, sous-entendu par l'un ou par l'autre des parents. Votre enfant, pris dans un système de promesses en l'air, ne sait plus à quoi s'en tenir, ni qui croire. Il peut aussi en arriver à ne plus prendre du tout au sérieux les propos qu'on lui tient.

Côté parents, certaines positions peuvent les prendre à leur propre piège. Imaginez une mère « gommant » tout le temps les propos de son mari, prenant inopinément la défense de son enfant, contrariant les décisions prises antérieurement : l'enfant aurait tôt fait d'utiliser à son profit les failles du couple et d'ériger en système la manipulation* de l'un vis-à-vis de l'autre.

Il nous arrive bien sûr à tous de nous contredire, de fermer les yeux sur des bêtises ; il ne s'agit pas de dramatiser ce comportement dû à la fatigue ou à l'énervement, mais d'être vigilant afin d'avoir une attitude cohérente et responsable.

Avoir le beau rôle

Quand un couple se sépare, la communication est souvent interrompue, et le glissement des rôles devient terrible. Les promesses ne sont plus tenues ou finissent par être différées, déformées, perverties.

L'un des parents maintient-il une punition, il est considéré par l'enfant comme « persécuteur » alors qu'il tient simplement sa parole ; l'autre — qui endosse le beau rôle, le sauveur — paraît « gentil », alors qu'il cherche (sans mauvaise intention) à accaparer l'amour de l'enfant aux dépens d'une nécessaire cohésion.

Dans de telles conditions, quand il ne tire pas lui-même les ficelles, l'enfant peut s'imaginer être « victime » d'un père méchant, intransigeant (surtout si c'est lui qui a quitté le foyer), et continuer à se faire passer pour une victime aux yeux de sa mère.

Le triangle infernal peut continuer à fonctionner ainsi : la mère « compréhensive », revenant sur ce qui a été décidé, s'en prend au père ; le grand frère s'en mêle, la sœur apporte son grain de sel ; les grands-parents interviennent, traitant leur belle-fille de parjure, réglant de vieux comptes, bref défendant leur fils qui contre-attaque de plus belle, etc.

De grief en grief, plus personne ne tient compte des promesses initialement faites à l'enfant, ni des conséquences des conflits d'adultes pour lui.

L'unique solution : la cohérence

Dans le cas où les parents qui se séparent sont en conflit aigu, il est nécessaire qu'ils fassent preuve, chacun de son côté, d'une grande honnêteté. Seuls le respect de l'autre et l'exigence de vérité permettent de ne pas transformer l'enfant en caisse de résonnance des problèmes du couple.

Pour déjouer le piège, il s'agit d'éviter que tout le monde s'en mêle et « se serve » de la situation pour glisser blâmes et reproches sans rapport avec la promesse qui doit être tenue. S'il était convenu par exemple que l'enfant passerait quinze jours de vacances avec son père, ne pas revenir sur cette décision, même si l'on en souffre. Dépasser les mesquineries est essentiel.

Se mettre d'accord pour que la promesse de l'un ne soit pas sabotée par l'autre. Se concerter, et ne pas chercher à « tirer la couverture à soi » pour se venger ou pour récupérer les faveurs et la préférence de son enfant (c'est difficile, mais il faut résister à la tentation d'avoir le beau rôle). Faire preuve de clémence n'est pas un signe de faiblesse mais de générosité.

Réfléchissez donc à la vraisemblance, à la crédibilité de vos promesses. Ne faites que celles qu'il vous sera possible de tenir.

Reconnaître que l'on à tort

Prenez conscience du rôle que vous cherchez à jouer (ou que l'autre cherche à vous attribuer ou à jouer lui-même). Acceptez l'idée que vous pouvez être en désaccord sur certains points, sans discréditer votre conjoint et sans faillir à sa parole (« Ton père a dit cela, il a ses raisons. Tu devrais t'arranger avec lui » ; « Ta mère t'a promis cela, je ne suis pas d'accord mais je respecte ce qu'elle dit... Si elle en a décidé ainsi, c'est son affaire »).

Faire respecter son avis, tenir sa promesse, c'est être cohérent avec soi-même. Si vous avez promis quelque chose et que vous ne pouvez tenir parole, avouez que vous avez tort ; reconnaissez votre erreur ou votre maladresse : c'est un trait de caractère que les enfants apprécient autant que la franchise chez l'adulte. Reconnaître que l'on n'a pas toujours raison est un acte courageux.

Savoir discuter avec son enfant le rendra respectueux, confiant, et cela renforcera aussi la confiance qu'il a en ses parents.

Savoir trancher au terme d'une explication est essentiel. Rien n'est pire pour un enfant que de ne jamais savoir à quoi s'en tenir.

N'oublions pas que nos enfants se **projettent** dans les modèles qui les entourent. Leur donner l'exemple d'adultes responsables est essentiel à leur bien-être.

PEUT-IL VOIR UNE DERNIÈRE FOIS SA GRAND-MÈRE MORTE ?

A la faveur de la Toussaint, un certain nombre de questions se rapportant à la mort nous ont été adressées à Antenne 2.

Nous avons choisi d'en traiter une, particulièrement délicate. Une femme nous a demandé si son fils de six ans, qui venait de perdre sa grand-mère, pouvait la voir réellement une dernière fois. L'enfant semblait y tenir, mais les parents étaient perplexes.

L'avis de l'enfant compte

En fait, il est assez rare que des enfants de cet âge demandent à revoir le corps ou le visage d'un parent décédé. Ce sont souvent les parents qui prennent à cœur cette situation lorsqu'ils sont eux-mêmes attachés à la personne disparue.

Cela dit, les enfants n'ont pas une conception aussi tragique de la disparition des gens que celle que peuvent en avoir les adultes, pour lesquels la Mort est un tabou.

Enfin, tout cela est avant tout une affaire de sensibilité, d'éducation et de culture. Dans les grandes villes, il semble que les enfants soient moins confrontés à la mort réelle, au sang, à l'immobilité d'un cadavre, que ceux qui vivent à la campagne. En Europe, nous évitons de parler de la Mort. Mais il existe des pays où les enterrements et la célébration des morts ne sont pas aussi tristes que chez nous.

Il ne nous paraît pas souhaitable qu'un enfant, à 6 ans, voit ou embrasse sa grand-mère morte, dans deux situations précises :

1. s'il ne le désire pas, si cela lui répugne, s'il préfère garder une image vivante de la personne aimée ;
2. si le corps n'est pas bien « arrangé », cela peut le choquer, le tracasser.

Mais il est souhaitable, au contraire, qu'il voie sa grand-mère décédée, ou quelqu'autre parent proche :

1. s'il insiste vraiment pour cela (à l'adolescence, on peut créer un drame en le lui refusant) ;
2. si le corps est à l'image de la personne qu'il a connue vivante.

Le rôle des parents est de protéger les enfants. J'ai encore en mémoire la réflexion d'une fillette qui avait gardé dans son esprit l'image d'un être cher : « Oui ma grand-mère était vieille, mais c'était la plus belle des vieilles... »

Seule l'image qui reste dans la mémoire importe.

Il y a des familles où la Mort est tabou : on ne dit rien à l'enfant et ce secret provoque en lui un trouble diffus, comme s'il sentait qu'un malheur s'est abattu sur sa famille sans qu'il en sache rien.

Annoncer la mort d'un être cher est, certes, pénible et délicat. Mais la vérité est toujours plus rassurante que le doute.

Si vous êtes tristes, votre enfant, même petit, le ressentira. La parole, quand on trouve « les mots pour le dire », fait moins mal que le silence.

Les réactions des enfants varient ; ils ne vont pas forcément être aussi tristes qu'on peut le croire. La notion même du départ sans retour et l'aspect définitif de la mort leur échappent parfois. Il y en a qui se forcent à pleurer à l'enterrement, alors que chez d'autres les larmes coulent par mimétisme.

A notre avis, il faut donner toutes les explications nécessaires concernant la mort, en fonction de l'âge de l'enfant et de vos croyances.

Certains diront que la grand-mère est montée au ciel ; d'autres expliqueront que son corps est dans la terre et qu'il fera, comme de l'engrais, pousser des arbres...

Il est important d'éduquer les enfants mais pas de façon crue, détaillée et morbide.

POUR OU CONTRE LES ROBOTS GUERRIERS ?

On a beaucoup dit qu'offrir aux enfants des robots transformables et les laisser regarder des dessins animés « violents » style *X-Or, Bioman* ou *La guerre des étoiles*, pouvait entraîner chez eux des comportements agressifs, et une certaine robotisation de l'esprit.

D'aucuns ont ajouté que les enfants, à force, parlaient comme des ordinateurs et adoptaient, par imitation, le comportement mécanique et saccadé des automates d'acier : démarche, réponses monocordes, « machinales », stéréotypées...

Dissiper un malentendu

De tous temps les enfants, surtout les garçons, ont eu des jeux guerriers et, à l'époque de la *Guerre des étoiles*, les robots transformables sont l'équivalent des soldats de plomb d'autrefois.

1. D'ailleurs, empêcher un enfant de jouer avec des robots guerriers ne fera pas de lui un pacifiste et, inversement, le laisser jouer (ou regarder des dessins animés de ce type) ne fera pas de lui un militaire.
Il n'y a aucun lien de corrélation scientifiquement prouvé entre ces fait. Au contraire : un militaire de carrière m'a confié un jour que pendant toute sa jeunesse on lui avait interdit de jouer avec des armes et des soldats...
2. De plus, les robots ont un cœur et une morale. Parmi les héros des dessins animés, il y a les Bons et les Méchants. L'imitation des robots est aussi superficielle que la réplique à un ordre lancé par un chef, quand l'enfant met en scène un combat plus classique.

L'esprit ne devient pas machine parce qu'il imite une machine. C'est vrai pour les voitures, les avions et les fusées, dont le propre est d'être des objets. L'enfant ne devient pas *inhumain* parce qu'il bruite l'arrivée d'un vaisseau d'une autre galaxie.

En outre, l'intérêt des robots, surtout s'ils sont hideux, est que l'enfant peut **projeter** son **agressivité** sur eux, et s'imaginer posséder la puissance magique des héros d'acier.

Ce monde de robots transformables impressionne les adultes, il n'est pas pire cependant que celui des ogres, des démons et des sorcières d'antan.

3. Autre avantage de ces jouets : les enfants posent des questions sur la construction des robots, sur l'espace interstellaire, les étoiles et les mythes (*Ulysse 31)* par exemple. On peut répondre et donner des explications quand on est informé.

Un certain nombre de mots utilisés appartiennent au domaine de la technologie et de la science... Se rendre avec un enfant au Palais de la découverte, pour les Parisiens, permet de cultiver son intelligence ; le cosmos, le monde des galaxies, des robots et des ordinateurs, y est raconté de façon accessible à tous.

4. Un autre élément, qui déjoue tout abrutissement ou robotisation de l'esprit, est celui de l'intelligence pratique que suppose la construction et la transformation de ces engins : souvent les enfants manipulent avec intuition et dextérité ces objets transformables, devant leurs parents stupéfiés qui, eux, essaient en vain de déchiffrer la notice : transformer ces objets suppose intelligence et habileté.

5. Les monstres d'acier permettent de déjouer les dieux du Mal, de les exorciser, de maîtriser la violence intérieure et de la représenter en images.

Un travail de réflexion et d'élaboration est possible. Le jeu stimule l'imagination des enfants et introduit l'idée nouvelle que les choses, dans la vie, se transforment, ne restent pas figées en dépit des apparences.

Cela étant dit, évitez de ne proposer à vos enfants que ce type de jouets, même s'ils les aiment. En tout cas, ils ne deviendront ni « bêtes », ni passifs, ni machiniques.

Certains adultes se montrent, vis-à-vis de leurs chefs, de véritables robots, obéissants, soumis, violents...

La deuxième guerre mondiale, hélas, a suffisament montré que des milliers de robots suivaient docilement le Führer qui tenait les commandes.

Les mécanismes de rigidité intérieure, les comportements de violence et de soumission ne sont dus ni aux jeux ni même aux pistolets en plastique.

Il est puéril de croire qu'il suffirait de supprimer les jouets guerriers pour qu'il n'y ait plus de guerre...

FAUT-IL L'OBLIGER À MANGER DE TOUT ?

Certains mets écœurent les enfants (les huîtres, la cervelle, les escargots, les tripes...). Plusieurs explications permettent de comprendre leur dégoût.

L'image

L'appétit est lié à l'image de ce que nous mangeons. Ainsi l'écœurement pour tel ou tel mets peut-il être suscité par l'image qu'évoque chez l'enfant les huîtres, les escargots, les épinards ou le blanc d'œuf pas cuit de l'omelette.

Il suffit d'écouter les enfants parler de cela pour comprendre : souvent ils associent ce qui est baveux ou gluant à ce que l'on nommait autrefois les « humeurs » (crachats, morve, etc.). Idem pour les fromages forts et coulants à propos desquels les sous-entendus suffisent à faire saisir le dégoût qu'ils provoquent parfois.

Chacun peut agir à sa guise, en les forçant à goûter ou non. Pour ma part, je pense qu'il ne faut pas y obliger un enfant, pour des raisons que j'évoquerai plus loin.

L'odeur

C'est, de loin, l'origine la plus violente du dégoût.

L'odeur des tripes, du poisson frais, de la viande faisandée, ou d'un fromage trop fait, peut provoquer l'écœurement. Respectez cette sensation même si elle vous semble injustifiée. De toute façon, il n'y a rien de rationnel dans cette affaire car les enfants associent des images mentales au plat lui-même. A la sensation olfactive s'allient toutes sortes d'images suscitant parfois la nausée.

Le goût

Chacun ses goûts : nous ne sommes pas tous identiques. Cependant, on peut servir un jour à l'enfant un plat mal préparé : l'enfant se bloque et hésite par la suite à reproduire une expérience malheureuse.

Les variations d'appétit peuvent être liées au goût réel d'un aliment, à la personne qui le prépare, au lieu où on le sert (la cantine par exemple). Généralement, l'enfant accepte de regoûter un plat de haricots verts (sans fil cette fois), de poisson (sans arêtes), de calamars (ni caoutchouteux, ni calcinés)...

Les représentations de l'intérieur du corps

Le dégoût de l'enfant porte parfois sur les organes internes : manger du foie, du cœur, de la langue de bœuf, le « croupion » du poulet, voire du mou (les poumons), peut réveiller des inquiétudes ou des **fantasmes.**

En fait, il faut savoir que nous ne mangeons pas seulement les choses elles-mêmes, mais aussi l'image des choses qui, chez l'enfant, sont tantôt bonnes, tantôt mauvaises. Elles n'ont rien à voir avec l'aspect réel ou la préparation qui agrémente le plat.

Pourquoi ne faut-il pas forcer l'enfant ?

Parce que contraindre un enfant dans ce domaine renforce souvent le dégoût qu'il éprouve, tout en l'obligeant à faire bonne figure : pas de forcing, le blocage peut être rédhibitoire.

Parce que des revirements stupéfiants apparaissent souvent : un enfant qui, à dix ans, déteste les huîtres ou le camembert en raffolera peut-être à dix-huit ans.

Parce qu'on est toujours gagnant lorsqu'on fait preuve de souplesse et que l'on sait s'adapter aux goûts et aux variations d'appétit d'un enfant (par exemple, nul n'a envie d'une choucroute ou d'un cassoulet par 40° à l'ombre).

Parce qu'il faut avoir le respect de la pensée des enfants. Certains d'entre eux ne mangent pas de lapin ou de cheval parce qu'ils aiment ces animaux, qu'ils s'en sont occupé ou en ont possédé.

Bien sûr, il faut comprendre l'état d'esprit de ceux qui, notamment pendant la dernière guerre, n'avaient que des rutabagas ou des topinambours à se mettre sous la dent. Avoir souffert du manque de nourriture ne s'oublie pas ; mais nous ne sommes plus en guerre...

Cela dit, il ne s'agit pas de laisser les enfants « difficiles » faire la loi au gré de leurs caprices culinaires. Cela constitue un handicap social évident, quand on est invité à dîner, par exemple, et que l'enfant ne mange rien.

En fait, les causes des variations d'appétit et de goût sont nombreuses. Il ne faut pas s'en inquiéter outre mesure, ni en « faire un fromage », comme on dit... Tout enfant mange spontanément ce dont il a besoin.

IL VEUT UN ANIMAL À TOUT PRIX

Que votre enfant désire à tout prix un animal exprime un désir authentique d'intimité, de tendresse ou de protection.

Toutefois, avoir un animal à la maison n'est pas une décision à prendre à la légère. Ce choix doit en effet convenir à tout le monde, afin que le chien, le chat, le hamster ou l'oiseau ne devienne pas l'enjeu de conflits car, lorsqu'on travaille et que l'on habite une grande ville, les choses ne sont pas toujours très simples.

Le plupart des enfants réclament un compagnon, et nous connaissons les liens affectifs privilégiés qu'ils nouent avec leurs animaux familiers. Ces relations se situent à un autre niveau que celles que nous avons entre adultes. Entre l'enfant et l'animal il n'est pas nécessairement besoin du langa-

ge parlé pour se comprendre : le « langage du corps » prend le dessus.

Quand l'enfant a envie de jouer, il n'est pas rare que le chat soit plus disponible que les parents ; quand il est triste, c'est à son chien qu'il se confie, car lui, il le « comprend »...

Les animaux familiers font partie de notre monde ; la vie citadine nous éloignant souvent d'eux, il nous devient nécessaire d'en retrouver à la maison.

Songeons aussi aux enfants uniques et aux familles mono-parentales qui désirent un animal pour, d'une certaine manière, combler un manque.

Toutes ces raisons sont valables, mais il faut réfléchir avant de prendre la décision d'adopter ou d'acheter un animal domestique.

Une responsabilité nouvelle

Pourquoi faut-il écouter sa raison en même temps que son cœur ?

1. Parce que c'est un choix qui vous engage pour une quinzaine d'années (c'est l'espérance de vie d'un chat ou d'un chien). On ne peut, après l'avoir adopté, se « débarrasser » d'un animal, par abandon ou par don, sans provoquer des troubles chez l'enfant, et chez son compagnon évidemment.

La façon dont vous vous engagez moralement (même vis-à-vis d'un hamster ou de poissons rouges) constitue un modèle pour votre enfant. Si vous traitez cette décision à la légère, vous prenez le risque qu'il fasse de même pour des engagemens importants dans sa vie.

D'autre part, certains enfants peuvent s'imaginer que nous pouvons un jour, eux aussi, les laisser tomber !

2. Parce qu'il est préférable que vous choisissiez *d'un commun accord* l'animal qui correspond à votre mode de vie.

Un chien a besoin d'un minimum d'espaces verts pour courir et ne peut rester toute la journée sans sortir. Si c'est pour lui faire mener une vie carcérale, à quoi bon prendre un chien ?

Si vous partez fréquemment en voyage, sachez que les hôtels, les campings et maisons de location ne les acceptent pas toujours, et que se rendre à l'étranger avec un animal est une complication certaine.

Dans de telles circonstances, il faut prévoir que vous devrez le confier à un tiers (tout en sachant que l'on ne peut abuser de la gentillesse des autres qui, un jour ou l'autre, finissent pas se lasser).

3. Parce que les animaux, même petits, entrent dans *un budget* (achat, frais de nourriture, de vétérinaire, d'entretien...) dont le montant n'est pas toujours négligeable.

4. Enfin, parce que la vie avec un animal nécessite *une nouvelle organisation familiale* (promenades, préparation de ses repas, nettoyage de sa caisse, de son panier, etc.). Qui va faire cela ? Votre enfant seul ?...

Les tâches, évidemment, doivent être partagées, mais sachez que, de toute façon, une grosse part du travail vous reviendra (on ne peut demander à un enfant, en ville, de sortir seul son chien à 22 heures).

Responsabiliser un enfant en le faisant participer est une chose, mais on ne peut décemment tout lui demander.

Donc, si vous, adultes, ne pouvez assumer l'entretien d'un animal, ne vous y engagez pas.

Si, tout bien réfléchi, vous décidez d'acquérir un animal (chat, chien, lapin, poissons rouges, oiseau...), renseignez-vous auprès d'un vétérinaire sur le caractère, les singularités, les exigences de l'animal en fonction des races.

Evitez les animaux qui risquent d'être agressifs ou dangereux pour vos enfants.

L'ENFANT ET LA PUBLICITÉ

Les enfants sont fascinés par la publicité et les spots télévisés. La publicité influence-t-elle vraiment les enfants ?

Pourquoi les enfants sont-ils si attirés par la pub ? Certains vont délaisser sur le champ jouets, jeux et câlins dès qu'ils entendent la musique du générique ; d'autres vont jusqu'à demander le silence autour d'eux pendant le passage des spots. Il y en a qui n'acceptent d'aller se coucher qu'après les pubs ! Qu'est-ce qui peut bien fasciner les enfants dans ces spots ?

Cet engouement pour la publicité télévisée s'explique parce que les enfants aiment les images d'une durée brève ; les quinze ou trente secondes d'une pub correspondent à la capacité d'attention des tout-petits. Et ils raffolent de ce qui se répète d'une façon identique.

De tous les programmes télévisés, les scénarii des publicités sont les seuls à se répéter de passage en passage. La fonction de répétition est source de plaisir pour l'enfant qui a l'impression de maîtriser une réalité qu'il connaît. La répétition lui permet de s'imprégner du texte, de la musique, des images, puis d'attendre avec délice la chute drôle, cocasse, inquiétante, ou l'heureux dénouement de l'histoire.

Le même phénomène apparaît quand vous racontez des légendes ou des contes à votre enfant : si vous en changez un seul mot, il rectifie immédiatement : en général, les changements ne lui plaisent pas.

Pour en revenir à la pub : elle revient à heure fixe, rythmant la journée entre le journal télévisé, tel feuilleton, tel dessin animé ... Elle constitue un repère précis dans la vie de l'enfant, au même titre que l'activité rituelle de s'alimenter, de dormir, etc. Ces repères sécurisent l'enfant.

La publicité a de multiples points communs avec les mythes et les contes de fées :

— elle met en jeu un monde fabuleux, magique, où certains fantasmes des enfants se réalisent. L'abondance, représentée, par exemple, par un

enfant recevant une subite pluie de bonbons ... La toute-puissance, représentée par un enfant-roi à qui une cour d'adultes obéit, etc.

— elle est rassurante et illusionnante, au même titre qu'un spectacle : les problèmes y trouvent leur solution, de façon quasi-immédiate, telle cette tache rebelle qui, comme par enchantement, disparaît d'un vêtement en quelques secondes.

L'univers, dans la publicité, est celui de la béatitude. Publicitaires, « créatifs », le conçoivent comme tel afin d'attirer grands et petits et de susciter des comportements d'achat.

La télévision a aujourd'hui, dans de nombreux foyers, le rôle de « bonne fée » ou de « nounou » qui est toujours disponible pour *prendre en charge* les petits quand les parents sont occupés à autre chose. La publicité remplace (médiocrement) les aventures, la culture, les histoires des grands-parents. Autrefois, la famille était plus étendue ; le grand-père ou la grand-mère, vivant à proximité des enfants, étaient présents pour raconter récits et légendes.

Du fait de l'actuelle réduction de la « cellule familiale » à sa plus simple expression (père, mère, enfants), du fait de l'éloignement des grands-parents, les enfants trouvent dans la magie et le fantastique publicitaires l'équivalent des comptines dont ils ont besoin. La petite musique annonçant les pubs fonctionne comme la phrase annonciatrice d'antan : « Il était une fois » ... Et la musique marquant la fin des spots a pour fonction de ramener l'enfant en douceur à la réalité (du moins, c'est ainsi que cela agit sur lui).

Prendre conscience du formidable impact de la pub permet de la resituer à la place qui doit rester la sienne ; à nous de reprendre, dans la mesure où nous le pouvons, notre place d'éducateurs.

L'enfant est-il manipulé par la publicité ?

Nous avons tous assisté, dans un grand magasin, à ces pénibles scènes où un enfant exige, à grand renfort de cris et de pleurs, que sa mère achète telle marque d'assouplissant, car il a reconnu « le nounours » sur l'étiquette du flacon à la télévision ... Cela laisse penser qu'un enfant, même petit, ingurgite les messages publicitaire, sans aucun sens critique évidemment.[1]

Effectivement, l'enfant jeune est manipulé* par les techniciens de la publicité qui mettent toute leur science à étudier les mécanismes déclenchant des

1. Voici quelques chiffres éloquents. Une enquête (1990) a révélé ceci :
— Sept millions de jeunes gens se jettent sur le petit écran en France. En un an, le petit téléphage passe en moyenne 1 130 heures à regarder des pubs et des dessins animés, contre 900 heures de cours en classe !
— La télé est la baby-sitter la moins chère qui soit : elle revient actuellement à vingt-trois centimes de l'heure.
— Enfin, quand furent programmés sur la Cinq les aventures de deux joueurs de volley-ball (Jeanne et Serge), le nombre d'adhésions d'adolescents reçues par la Fédération française de volley tripla dans les seules régions où l'on pouvait capter la Cinq.
La télé a bel et bien un impact phénoménal sur l'enfant.

comportements d'achat. Les vrais professionnels de la pub connaissent bien le fonctionnement mental, les désirs et les comportements des enfants ; ils utilisent leur savoir pour toucher les parents par l'intermédiaire du jeune public. Cela dit, l'enfant n'est pas une cire molle sur laquelle on peut tout imprimer.

L'enfant intelligent devient critique, voire sarcastique ; il peut se moquer, tourner les spots en dérision, soupçonner tout ce qui n'est pas vrai.

Jusqu'à 5 ans, 50 % des enfants croient dur comme fer au message publicitaire. A 8 ans, ils ne sont plus que 12 %, et au-dessus de 11 ans il n'y en a plus que 3 % qui y croient encore.

En fait, les enfants sont mieux armés qu'il n'y paraît, et le filtre familial est important : c'est aux parents qu'il revient d'effectuer un tri et de promouvoir une véritable éducation de la consommation en famille. Expliquez aux enfants que le vrai but de la publicité est de faire acheter et que le monde idyllique représenté dans la publicité est loin des réalités quotidiennes.

On peut apprécier un film publicitaire pour ses qualités artistiques et sa conception, tout en restant réaliste en ce qui concerne le produit, soi-disant merveilleux, qu'il présente.

Dans les magasins, il revient aux parents de ne pas tomber dans les deux extrêmes :

— acheter à qui mieux-mieux, sous prétexte que l'enfant le demande, parce qu'il a vu les produits à la télévision ;

— ne jamais rien acheter, sous prétexte (comme disent certains) que l'on se fait toujours« avoir » par la pub ...

Apprendre à consommer raisonnablement n'est pas chose aisée, même pour nous, adultes. Les parents qui s'inquiètent de voir leurs enfants attirés par la publicité se rassureront en sachant que cet intérêt baisse à mesure qu'ils grandissent. Plus ils sont conscients de la fonction de la pub (faire acheter), moins ils s'y intéressent.

Laisser l'enfant rêver des vies fabuleuses à travers les films publicitaires n'est pas en soi une mauvaise chose. Mais les parents doivent rester vigilants, afin que ces « réclames » n'altèrent pas les valeurs de leur enfant, n'abrasent pas ses perceptions du monde et sa conception critique de la réalité.

La publicité a pour fonction de créer le désir : c'est ce qu'il y a de plus difficile à combattre (nous aussi, parents, nous laissons parfois prendre à ce piège). Néanmoins, la pub fait désormais partie de notre vie. Elle a ses défauts, mais elle a aussi de bons côtés : n'oublions pas que Popeye a été créée par des publicitaires, pour faire manger des épinards aux Américains ... Bien des mamans s'en servent aujourd'hui pour encourager les enfants les plus récalcitrants à consommer des légumes verts ...

C'est efficace, et plutôt amusant.

AGRESSIONS D'ENFANTS : COMMENT LES PRÉVENIR ?

Alarmés par les agressions sur des enfants, les parents multiplient les conseils de prudence. Est-ce suffisant ? Comment aider l'enfant à affronter ces situations ?

Les enfants comprennent bien les conseils de prudence que nous leur donnons, mais, « en situation » , ils ont des réactions parfois surprenantes.

Ainsi avons-nous pu constater lors d'une expérience télévisée que même les enfants prévenus se laissent prendre au piège.

Une caméra cachée, à la sortie d'une école, un homme qui proposait aux enfants de partir avec lui. La plupart d'entre eux ont accepté de monter dans sa voiture, alors qu'ils avaient été sermonnés la veille par leurs parents, volontairement complices de cette expérience, style « caméra invisible » .

Inquiétant ? Non, si l'on sait que, pour protéger efficacement les enfants, il faut comprendre leur fonctionnement psychique et en tenir compte.

Pourquoi suivent-ils ces adultes ?

Un enfant peut oublier les conseils qu'il a entendus la veille. Même s'il les a compris. D'autant plus qu'un adulte, rassurant et gentil, ne correspond guère à l'image que l'on se fait d'un individu dangereux.

A priori, un adulte est quelqu'un à qui ils font confiance. Ceux qui les entourent habituellement les protègent et les prennent en charge. En outre, ils peuvent être impressionnés par les adultes avec qui ils ont des relations d'autorité. Dire non à un adulte est délicat : il est difficile pour les petits de mettre en pratique ce qui leur est normalement refusé ou interdit.

Comment aider les enfants à affronter cette situation ?

Avec les moins de 10 ans, l'essentiel se résume à ce que vous avez sans doute fait : les prévenir de ne pas accepter de cadeaux ou d'invitation d'un inconnu... Insister sur le fait qu'il y a des adultes mal intentionnés, sans entrer dans le détail des perversions horribles qui peuvent exister : il ne faut pas les terrifier !

Si la peur peut être une protection en poussant l'enfant à fuir, à se méfier ou à se diriger vers un endroit animé, l'angoisse*, en revanche, peut le paralyser, et il n'aura pas forcément un comportement efficace face au danger.

Il est donc nécessaire de l'informer des enlèvements d'enfants, de lui expliquer les menaces et les périls possibles en l'assurant qu'il a les moyens d'y faire face.

Donner la force de dire non

En famille et dès le plus jeune âge, il faut leur faire comprendre qu'ils peuvent dire **non** aux« grandes personnes » .

Il faut permettre à tout enfant de s'imposer, lui donner le sentiment qu'il a une valeur propre, une identité, qu'il n'est pas un petit être irresponsable, juste capable d'obéir aux grands.

Si un enfant est habitué à la maison à obéir au doigt et à l'oeil, il aura peu d'armes pour se défendre. En revanche, si vous acceptez qu'il vous dise ce qu'il pense, même si cela vous remet en question, c'est le début d'un véritable échange. Ce n'est pas facile, certes ; mais dans la rue l'enfant sûr de lui pourra dire non, sans crainte d'être grossier, désagréable, et sans se sentir coupable.

Si la personne est bien intentionnée, elle comprendra la réaction de l'enfant ; si elle ne l'est pas, elle aura du mal à l'entraîner contre son gré et préfèrera renoncer.

Être vigilant

Si vous estimez qu'aller seul à l'école est dangereux pour un enfant de 7 ans, dites non au vôtre s'il vous le demande... et même s'il fait une colère. Votre détermination protectrice et vos explications seront « maturantes » pour lui. A son tour, il saura dire non quand il le faudra.

En second lieu, vous pouvez aussi lui faire part de votre inquiétude concernant « les dangers de la rue », non pour l'empêcher de tout faire (comme il vous le reproche parfois), mais pour le protéger.

L'envahir avec vos angoisses d'adulte n'est pas une bonne chose, mais lui expliquer pourquoi un enfant de son âge ne peut être aussi libre qu'un adolescent de 16 ans est essentiel.

Enfin, il faut rester vigilant, non en épiant sans cesse mais en étant très présent.

Nombre d'enfants jouent seuls, et parfois tard, à l'extérieur, ou rentrent seuls de l'école. J'en ai même vu qui portaient la clé de chez eux autour du cou (pour ne pas la perdre, bien sûr). Or, c'est une pratique dangereuse, car elle indique à qui veut le voir que les parents sont absents. Même si l'on n'a pas les moyens de payer quelqu'un pour accompagner ou aller chercher son enfant à l'école, il faut s'entendre avec une voisine ou un parent qui puisse être là (quitte à lui rendre d'autres services en échange).

Inutile d'être exagérément sévères. Ce n'est pas en privant les enfants de voir leurs copains que vous les protégez. Au contraire : à plusieurs, à la sortie de l'école, ils sont moins vulnérables. Et en invitant d'autres enfants à venir chez eux, ils ne sont plus seuls sur le chemin du retour. Il suffit de prévenir les parents des copains.

Il ne s'agit donc pas d'élever nos enfants dans la peur des autres, mais de les inciter à être prudents et sûrs d'eux. Adaptez votre comportement non seulement à l'âge mais à la maturité de votre enfant : certains, à 14 ans, sont démunis, d'autres, à 11 ans, sont tout à fait mûrs...

Élever un enfant, c'est lui donner le goût et la possibilité d'être autonome dès le plus jeune âge.

Un contrat avec les ados

Avec les adolescents, il s'agit de trouver un mode de fonctionnement qui leur donne la marge de liberté nécessaire, tout en fixant des limites pour assurer leur sécurité. Le moyen le plus efficace est de conclure un contrat avec eux.

Si les relations sont bonnes en famille, vous n'aurez aucun mal à faire respecter ce contrat. Mais dès qu'il y a un retard (même d'un quart d'heure), changement de programme, etc., l'adolescent doit téléphoner à ses parents ou les faire avertir. Si la confiance s'installe, vous n'aurez pas de raison de vous inquiéter, et pas de raison de lui interdire de sortir.

En revanche, s'il ne respecte pas ce contrat, il verra légitimement sa liberté réduite.

Cela vaut pour les filles comme pour les garçons, qui sont aussi victimes d'agressions.

RENTRÉE SCOLAIRE : PAS DE PANIQUE

La rentrée approche et votre enfant est soucieux.
Il entre en C.P., en 6ème, ou change d'établissement...
Que faire pour dissiper ses angoisses ?

Paul va rentrer en cours préparatoire, il paraît morose. Marie va passer en 6ème : elle ne dit rien mais vous voyez qu'elle est inquiète. François quitte le collège pour aller au lycée, et il se fait du souci...

Pour le petit, encore insouciant, c'est la fin des vacances. La séparation prochaine d'avec ses parents le perturbe en cette veille de rentrée. Il va quitter la douceur attentive de maman pour trouver une « maîtresse » qu'il ne connaît pas, qui s'intéressera à d'autres écoliers (qu'il ne connaît pas non plus), et il aura du mal à réprimer ses larmes quand sa mère le laissera devant la porte de l'école...

Les tracas de Marie et de François viennent du changement qui se prépare (école, professeurs, matières, copains)... de l'angoisse* de la nouveauté. Nouveau signifie souvent inconnu et danger dans l'imagination craintive de certains enfants.

L'angoisse est une émotion causée par la peur, à laquelle s'associe une image mentale précise : image du professeur sévère, de l'institutrice intransigeante, avec, le cas échéant, leur cortège de punitions et de mauvais souvenirs. Image fort éloignée de l'attitude réelle des enseignants.

Comment le préparer ?

Que faire pour que la rentrée de Paul ou de Marie ne tourne pas au drame ?

D'abord rassurez l'enfant en faisant le tri entre ce qui relève d'une pré-

occupation réelle et justifiée (la réputation d'une école par exemple) et les fictions fondées sur des bruits non motivés et circulant ça et là, sur la sévérité d'un professeur en particulier...

Le mieux serait de lui proposer d'aller, quelques jours avant la rentrée, visiter les environs de la nouvelle école, et l'école elle-même si c'est possible.

Promettez à Paul d'être là, de l'accompagner, de discuter avec la maîtresse... parlez-lui des activités proposées par cette école, du matériel dont il se servira, de son habillement, des nouveaux horaires et nouvelles règles à suivre ; et des petits camarades dont il se fera des amis.

N'achetez aucune fourniture scolaire avant le jour de la rentrée Chaque enseignant fournit en principe au début de l'année scolaire une liste pouvant varier d'une classe à l'autre. En revanche, la trousse, le cartable que vous irez choisir ensemble, ainsi que les vêtements neufs, constitueront une occasion de dialogue entre vous.

Eviter les « On dit »

Si le coeur vous en dit, jouez à la maîtresse d'école. Ce jeu fait naître, puis disparaître, les motifs de l'angoisse de l'enfant. Ce *psychodrame,* véritable séance d'« exorcisation », permet de conjurer, en s'amusant, peurs et soucis.

Une rentrée très « classe » suppose un principe auquel il ne faut pas déroger : juger sur place, sur pièces, en temps voulu, et sans rendre l'enfant malheureux par des craintes ne reposant sur rien de réel.

Si François s'inquiète, demandez-lui : « De quoi as-tu peur ? »

— « Il paraît que l'on va faire de l'algèbre ; je n'y comprendrai rien... »

— « Tu apprendras et je t'aiderai. »

— « Et puis il paraît que le prof est très dur... »

— « On te l'a dit et tu le crois ? En fait, tu n'en sais rien ; nous non plus ; tu verras bien. Ne prête pas attention aux ouï-dire »

La discussion peut durer, mais le principe reste incontournable : ne pas juger avant de savoir, ne pas se laisser influencer par les « on-dit » .

Gardez une attitude optimiste et protectrice, en refusant d'entrer dans le jeu des ragots dont sont victimes certains enseignants, et bien sûr les enfants qui ne les connaissent pas encore.

Les adolescents ne sont pas les derniers à déformer la réalité : toutes sortes de bruits courent sur la personne de tel professeur : le prof de math est « vache », la prof de français très « sympa »... Quand on les connaît, c'est la surprise. Le prof prétendu « vache » est sévère mais juste, la prof « sympa » est en réalité laxiste et ne tient pas sa classe, par manque d'autorité. Donc, méfiance. Vos enfants prendront la juste mesure des choses.

Une rentrée réussie suppose que les parents aident leurs enfants à sortir du monde des fées et des croquemitaines. Ne soyez pas esclaves des clichés, ni inquiets pour la rentrée scolaire, car, même si vous faites des efforts pour cacher votre anxiété*, votre enfant s'en rendra compte.

S'OCCUPER APRÈS L'ÉCOLE

Nous voulons que nos enfants brillent dans leur travail scolaire, mais aussi dans toutes leurs activités annexes. Pour tenir ce pari avec plaisir, il faut nécessairement que :

— ces projets soient ceux de l'enfant lui-même, qu'il désire vraiment commencer autre chose, que ce hobby l'intéresse (Pourquoi l'obliger à apprendre le violon s'il préfère le piano ? Ou pratiquer le judo alors qu'il s'intéresse plus à la peinture ?) ;

— il faut aussi que le projet ne soit pas trop ambitieux ; l'emploi du temps de l'enfant ne doit pas être surchargé. Les élèves ont assez d'heures de classe, et assez de devoirs, pour que leurs loisirs ne soient pas organisés au point d'être des contraintes.

Il est souhaitable que les parents ne soient pas rivés devant leur téléviseur et qu'ils donnent l'exemple par leurs activités. Cependant, qu'ils ne tombent pas dans l'excès inverse en entraînant leur enfant dans des activités trop nombreuses qui ne lui laissent plus de temps libre.

Choisissez donc ensemble une activité extra-scolaire, sportive ou artistique. Ce peut être d'ailleurs pour vous, parents, l'occasion d'apprendre avec l'enfant qui débute.

L'art en famille

Tous les enfants ont un pouvoir créateur immense qu'il serait navrant d'anéantir. Il faut donc leur éviter un apprentissage savant et ennuyeux, en se souvenant que l'art est avant tout émotion.

L'art (pictural ou musical) n'isole pas forcément. Les enfants peuvent partager de grands moments d'émotion s'ils sont ensemble. De plus, c'est un excellent moyen de faire connaissance, de s'apprécier mutuellement, de se cultiver en s'amusant.

Pour partager en famille ces passions intérieures, vous pouvez, sous forme de jeux, lorsque les enfants sont disponibles, susciter chez eux le désir d'une activité artistique.

1. La peinture

Si possible, réunissez deux ou trois enfants (frères et soeurs ou amis) avec pinceaux, feutres et papier. Vous les inciterez à réaliser ensemble, par exemple, un grand tableau ou une bande dessinée entièrement de leur invention. Votre présence peut être profitable si, avec tact, vous vous joignez à eux pour découvrir leur création.

Mais vous pouvez aussi leur proposer d'autres formes d'art pictural : collages, découpages d'après modèle. Chacun recréera un tableau (inspiré de

Magritte, par exemple), avec son talent propre et ses idées. Vous constaterez que les oeuvres seront toutes différentes, bien que toutes des copies du même modèle. L'enfant recrée à partir d'une idée.

Vous pouvez faire de mini-« séances culturelles » au cours desquelles les apprentis-artistes découvriront le nom et le style des peintres, voire le mouvement artistique auquel chacun appartient. Pour cela, procurez-vous des reproductions de toiles de maîtres, format carte postale (les enfants pourront les manipuler sans crainte d'abîmer un beau livre d'art). Choisissez de préférence une série de tableaux représentant des enfants (les enfants s'**identifient** volontiers à celui qui est représenté, ou en tout cas, s'y intéressent). Exemples : *Paul en Arlequin*, de Picasso, *Le prince Baltazar* nommé Carlos, de Velasquez. Bien d'autres enfants ont été peints par Goya, Degas, etc.

Commencées à partir de l'âge de 3 ou 4 ans, les « séances culturelles » doivent être brèves (cinq minutes au début), mais fréquentes (une fois par semaine par exemple).

Vous constaterez que votre enfant y prend plaisir et qu'il vous demandera : « On joue à reconnaître les peintres ? »

Il est amusant de constituer votre propre musée familial en collectionnant une série de grands peintres, toujours sur cartes postales, représentant toutes le même thème susceptible d'intéresser vos enfants (bateaux, animaux...).

Ne commencez les visites de musées (parfois fastidieuses) qu'à partir de 7-8 ans, et emportez avec vous carnet et couleurs, si votre enfant veut s'amuser à reproduire une peinture ou une sculpture qui lui plaît particulièrement.

2. La musique

Si vous-mêmes n'êtes ni musiciens ni mélomanes, il existe des disques de qualité, attrayants et instructifs, que l'on peut écouter en famille dans le but d'apprendre à reconnaître les différents instruments de musique.

Commencez par *Pierre et le loup* et *Piccolo, Saxo et Cie.*

Apprendre à jouer de la flûte, du piano ou du violon avec un professeur est aussi un excellent programme pour le mercredi ou le week-end, et qui est fort répandu.

En fait, l'art est à la portée de tous, il suffit d'y consacrer quelques idées et beaucoup de passion.

Le sport

Le sport est tout aussi essentiel. Les mercredis ou les dimanches sportifs sont également un facteur d'équilibre pour les enfants. Ils s'y dépensent physiquement et rencontrent de nouveaux amis.

Le sport permet aux enfants de se sentir bien dans leur peau, de bouger, de laisser s'exprimer l'énergie qu'ils contiennent lorsqu'ils restent assis en classe.

Ce qui est important, c'est que votre enfant choisisse lui-même son activité sportive : lui imposer le football parce que son père aime cela n'est

pas une bonne idée, car il le fera sans plaisir. On peut aussi proposer à une petite fille de faire de la danse, mais si elle préfère le judo, pourquoi pas ?

Les sciences

Il y a des enfants qui, très jeunes, sont fascinés par les phénomènes physiques, astronomiques, et les réactions chimiques.

Il est toujours intéressant d'exploiter ce qui passionne les enfants, en les emmenant par exemple à la Cité des Sciences, au Palais de la Découverte, au Musée de l'Homme (à Paris), en leur faisant des « leçons de choses » au cours de vos promenades à la campagne, en lisant avec eux des livres sur ces sujets, à partir desquels ils pourront parfois faire des expériences.

Quelle que soit l'activité choisie par votre enfant, il faut seulement veiller à ne pas surcharger ses moments de liberté. Ne rien faire du tout, rêver, c'est tout aussi nécessaire...

Donc, une ou deux activités extra-scolaires, mais à bas la course aux loisirs !

COMMENT SUSCITER LE DÉSIR D'APPRENDRE ?

A la rentrée comme en cours d'année scolaire, nos enfants ont parfois du mal à bien travailler. Faute de motivation. D'où des débuts difficiles, des fléchissements en fin de trimestre. Voici quatre conseils.

Comment, en effet, donner l'impulsion de départ qui suscitera chez les enfants le besoin d'en savoir plus et de travailler ?

Coopérer, participer à ses découvertes

L'enfant apprend mieux en se distrayant. Les mathématiques, l'orthographe, l'anglais, le français peuvent devenir des matières attrayantes dès lors qu'elles sont associées à des jeux auxquels participent les parents.

Intéressez-vous aux disciplines que votre enfant va découvrir. Cela suppose de ne pas se borner à acheter des livres de classe ou des jouets éducatifs. Pourquoi ne pas lui proposer de pianoter avec vous sur le Minitel ? C'est une façon amusante pour les petits d'apprendre à écrire.

Se remettre aux maths, à l'anglais...

Ne vous déclarez pas incompétent en telle ou telle matière. Vous n'avez jamais fait de maths modernes ?... Qu'à cela ne tienne : vous ferez un ou deux exercices avant d'admettre que ce n'est pas si compliqué. Aidez votre enfant en maths classiques en jouant avec lui à la marchande (ce qui l'oblige à rendre

la monnaie) ; faites-lui apprendre les chiffres en le laissant téléphoner...

Vous avez oublié votre anglais ? Une occasion de vous y remettre en regardant avec votre futur bilingue les films en version originale ; traduisez avec lui les paroles d'une chanson qu'il aime particulièrement, encouragez-le à avoir des correspondants étrangers, en lui prêtant main-forte au début pour la rédaction de son courrier : un moyen astucieux d'enrichir son vocabulaire sans avoir l'impression de travailler.

Idem pour l'orthographe : les mots croisés et le scrabble sont loin d'être des occupations rébarbatives ! Les enfants adorent entrer en compétition avec leurs parents, et la rivalité incite à la performance. Optez par exemple pour le jeu qui consiste à apprendre par coeur un poème en temps limité... Et que le meilleur gagne !

Se laisser dépasser

Mettez votre enfant en position de vous montrer ce qu'il vient d'apprendre. Qu'il vous explique ce qu'il a compris. Par voie de conséquence, vous découvrirez ce qu'il n'a pas compris.

Dépasser leurs parents dans un domaine particulier stimule les enfants, fiers d'enseigner quelque chose aux grands.

Être positif

Soyez encourageants face aux résultats obtenus par votre enfant, notamment en examinant son carnet de notes. Ne soulignez pas seulement les mauvais résultats : ce n'est pas stimulant. Il ne s'agit pas de passer sous silence les notes au-dessous de la moyenne, mais simplement d'observer également les efforts que votre enfant a réalisés, souvent pour vous faire plaisir.

Lire, commenter une émission, donner une explication...

Votre enfant ne lit jamais ? Donnez-lui l'exemple et lisez avec lui ; le goût de la lecture viendra peu à peu.

N'hésitez pas à lui commenter un reportage télévisé qui l'a intéressé, ou à lui expliquer un point qu'il n'a pas bien saisi. Utilisez la forme du récit pour répondre aux questions qu'il se pose sur les origines de la vie.

En conclusion : inutile de chercher la performance. Attirez-le plutôt par vos propres activités éducatives. Quel encouragement pour votre enfant que d'arriver à faire aussi bien que vous !

NOTRE ENFANT EST « SURDOUÉ »

Obsédés par les résultats scolaires, certains parents exigent que leur enfant soit premier en tout, et se montrent malheureux et déçus à la moindre défaillance.

J'ai vu en consultation de nombreux parents préoccupés, en proie à la nouvelle lubie de notre époque : « Mon enfant est-il surdoué ? » Ils vont de psychologue en psychologue, anxieux* de s'assurer que le Q.I. de leur descendant est au *bon niveau.*

C'est le Français Alfred Binet qui introduisit dans le monde la notion d'âge mental. En un an, il mit au point des méthodes permettant le « diagnostic » du niveau intellectuel des enfants normaux de l'école primaire.

Quand on dit qu'un écolier a 8 ans d'âge mental, cela veut dire qu'il réussit les épreuves du test d'intelligence comme la moyenne des enfants de 8 ans.

A son tour, Louis Stern, un psychologue allemand, imagina le principe du Q.I. en divisant simplement l'âge mental par l'âge réel de l'enfant. Mais très vite on observa des variations importantes qui venaient fausser les résultats du test.

En effet, un enfant en proie à des problèmes familiaux passagers, des tracs personnels, des troubles affectifs occasionnels, ou à un retard de croissance, témoignait lors du passage des tests d'une intelligence médiocre.

Or, il n'en était rien : l'intelligence de l'enfant était seulement freinée pendant un laps de temps dépendant de ses préoccupations.

Actuellement, nous prenons en compte les situations particulières (divorce en cours, décès d'un proche...) qui peuvent perturber la scolarité d'un enfant.

Le Quotient de Développement (Q.D.) vient d'ailleurs rectifier les erreurs possibles, car sa valeur est temporaire et très relative. Le Q.D. tient compte du développement affectif de l'enfant et des éventuels effets troublants et défavorables de son entourage ou de ses fréquentations.

Le Q.D. désigne en réalité le quotient intellectuel (Q.I.) dans son rapport dynamique avec l'âge de développement. Il doit être, lui aussi, interprété par des spécialistes, afin que chacun ne soit pas amené à sous estimer les possibilités réelles d'un enfant.

Je suis évidemment pour l'encouragement et l'incitation des enfants, pour :

— la stimulation intellectuelle et l'assiduité, dans tout ce qui permet de développer l'intelligence, car les enfants en ont besoin. Et ils aiment que l'on suscite leur curiosité ;

— l'éveil, la sensibilisation et le soutien moral, qui sont eux aussi précieux, car les enfants vivent incontestablement dans un monde où la production, le rendement et la compétition sont aussi essentiels que l'esprit de loyauté. Ce serait handicaper un enfant que de le laisser livré à lui-même, sans aide d'aucune sorte ;

— le goût du perfectionnement, qui n'est pas forcément chose nuisible. Insuffler aux enfants l'envie de bien faire les choses, de fignoler, de reprendre un travail inachevé, leur donne un atout supplémentaire dans la dure lutte pour acquérir un métier.

L'obsession anxieuse : un désastre

Ici, comme en toute chose, il faut une juste mesure. Je m'élève avec force contre :

— la tyrannie des parents anxieux qui, tout en étant eux-mêmes déçus parce que trop exigeants, rendent impossible la vie de leurs enfants; de ces parents aigris, jamais contents, qui ne soulignent que les notes au-dessous de la moyenne, qui doutent perpétuellement des capacités intellectuelles de leurs descendants, les traitent d'idiots et les dévalorisent sans arrêt ;

— l'**obsession** de la performance, qui pousse les parents à refuser tout relâchement dans le travail scolaire, à comparer le Q.I. de leur enfant avec celui de tel autre enfant de leur entourage. Je sais les dégâts psychologiques causés par ce « forcing » stupide, tel le modèle japonais souvent évoqué, et qui est responsable du plus fort taux de suicides chez l'enfant ;

— l'envahissement ininterrompu des moments de loisirs, l'enfant devant être hyper-performant en toutes circonstances... Performances à l'école dans toutes les matières, performances au tennis, au judo, au piano, à la danse... Les cours succédant aux cours, à toute allure, même pendant les vacances, après les inévitables devoirs pour « rattraper » le retard, ou prendre de l'avance...

Mieux vaut trouver des astuces pour susciter le désir d'apprendre, éveiller la curiosité, stimuler l'endurance.

Enfin, sur-stimuler un enfant n'est pas seulement lui transmettre les **obsessions** et les surcompensations d'adultes névrosés* ! C'est un mauvais calcul. Car, au bout du compte, le découragement, voire la « déprime » conduisent très souvent l'enfant au comportement inverse de celui qui était recherché.

Rappel : Qu'est-ce qu'un BON QUOTIENT INTELLECTUEL ?

Le Q.I. est obtenu en divisant *l'âge mental* d'un enfant par son âge réel (on dit aussi « chronologique ») ; on multiplie le tout par 100.

Cela signifie que le quotient intellectuel moyen est 100 par définition. Sachez que 50 % des Français ont un Q.I. compris entre 90 et 110.

Avant de s'obnubiler sur les performances scolaires d'un enfant, il faut donc connaître ses possibilités intellectuelles réelles. Voici des chiffres : un Q.I. d'au moins 120 est nécessaire pour suivre des études supérieures ; un Q.I. inférieur à 80 est le signe d'une insuffisance notoire et, entre 65 et 80, il est significatif d'une intelligence très limitée ; un Q.I. compris entre 30 et 50 ne permet pas de suivre des études normales : c'est le signe de ce qu'on appelait autrefois « l'imbécillité ».

IL ABANDONNE TOUT CE QU'IL COMMENCE

« Il commence un tas de choses qu'il ne finit jamais ». Un problème anodin qui peut devenir un handicap.

Ce comportement, qui peut sembler anodin chez les tout-petits, peut devenir handicapant dans la vie scolaire d'un adolescent.

Les enfants en bas âge ne peuvent pas rester concentrés sur une même activité plus de dix minutes, un quart d'heure... C'est justement pour cette raison que leurs activités à l'école changent suivant ce rythme. Curieux de tout, les petits enfants ont hâte de tout découvrir, de tout apprendre, ce qui induit chez eux cette attitude dispersée. Il faut donc leur choisir des occupations d'environ dix minutes et les aider à terminer ce qu'ils ont entrepris pendant ce court laps de temps.

Lorsqu'ils grandissent, leurs temps d'activité se prolongent pour atteindre, en 6ème par exemple, trois-quarts d'heure, une heure. Ainsi en va-t-il des leçons de musique, de danse, de judo, pendant les dix mois de l'année scolaire, ce qui n'a pas le même sens pour un enfant de 6 ans que pour un enfant de 12 ans.

Les petits, en effet, n'ont pas la même façon d'appréhender le temps que nous, adultes. Exiger d'un enfant de 6 ans qu'il termine « son année de piano » ne correspond pas à grand-chose dans son esprit à lui.

La situation est plus complexe s'il s'agit d'un adolescent. Une mère m'a demandé ce qu'elle pouvait faire pour son fils de 15 ans qui, me confia-t-elle, « se décourage très vite. Après avoir fait trois mois de piano, il a tout laissé tomber, pour commencer le judo qu'il a abandonné au bout de six mois. En classe et à la maison, il entreprend des travaux qu'il ne finit jamais. Je suis inquiète pour sa scolarité et son orientation. Sa nouvelle lubie : faire les Beaux-arts, peinture et sculpture... »

Il y a deux principales raisons à l'origine de l'inachèvement des projets non aboutis. Les amis, par leurs réactions, influencent un adolescent de façon décisive. D'autre part, le choix d'une activité, quand il ne vient pas de l'adolescent, peut être décevant si la curiosité première et la passion s'estompent.

La pression des copains

Parfois, des adolescents commencent une activité qui leur plaît vraiment, mais des copains les en dissuadent parce que, à leurs yeux, « ça fait ringard » !

Parfois, c'est la famille elle-même qui, sans s'en rendre compte, empêche l'assiduité de l'enfant en lui demandant de participer aux menues corvées de la maison, qu'il devrait pouvoir faire à un autre moment, alors

même qu'il s'efforce de « travailler » son piano, de classer ses timbres ou de se constituer un herbier qu'il devra laisser en plan.

S'il vous semble que des raisons de ce genre dispersent l'attention de votre enfant, vous pouvez passer ensemble un contrat. Qu'il commence et poursuive avec assiduité l'activité qu'il a choisie, jusqu'à la fin de l'année. En retour, on lui accordera pour ses devoirs et ses loisirs un laps de temps précis pendant lequel il ne sera pas dérangé.

Un manque de confiance en soi

Des raisons intérieures plus profondes, tenant au caractère de l'enfant, sont à l'origine de nombreuses interruptions d'activités. D'abord, le manque de confiance en soi : l'enfant, s'estimant incapable, préférera suspendre son activité plutôt que de se battre pour vaincre les difficultés.

Il faut « narcissiser »* ce genre d'enfants et affirmer qu'ils sont aussi capables que les autres. L'entourage peut témoigner son admiration pour ce que réalise l'enfant dans l'activité qu'il a choisie, comme dans tout ce qu'il fait dans la vie quotidienne. C'est une façon de l'encourager à être fier de lui et à se sentir capable d'affronter les déceptions de la vie.

L'échec peut venir également d'une trop grande hâte à vouloir réussir ; il semble si facile de « gratter » une guitare électrique... Mais quelle somme de travail il y a derrière l'aisance apparente des vedettes ! Il faut faire comprendre aux enfants que dans tous les domaines la réussite n'est jamais magique. La maîtrise d'une activité quelle qu'elle soit exige labeur, persévérance et temps.

Peut-être que, tel Michel-Ange, le garçon dont j'ai parlé plus haut veut faire trop bien et que, nullement satisfait des résultats obtenus, il préfère abandonner ses activités ?

Nous conseillons de l'aider à se fixer des objectifs précis et moins ambitieux au début. Vouloir être *parfait* paralyse plus souvent que cela ne stimule les capacités personnelles.

Avant de prendre certaines décisions à propos des adolescents qui « papillonnent » d'une activité à une autre, il faut savoir que, pendant cette période de leur vie, ils se cherchent, s'essayent à maintes choses, tentent de multiples expériences. Entreprendre les projets les plus divers fait partie de leur vie. Si on ne s'exerce pas jeune à toutes sortes d'activités, il est souvent difficile de s'y adonner lorsqu'on devient adulte.

Responsabiliser l'enfant

Explorer des domaines variés permet en outre de se cultiver et d'éviter d'être « intellectuellement unijambiste ». Pour que ces différentes expériences ne soient pas de vains caprices, il est souhaitable d'aider systématiquement les enfants — même petits — à finir ce qu'ils ont commencé, ce qui suppose que cela ne soit pas au-dessus de leur force et de leurs capacités.

Avec les adolescents, passer des contrats est essentiel (« D'accord pour le tennis cette année — je t'offre l'abonnement — mais en échange tu t'engages à suivre tous les cours. Si cela ne te plaît plus, tu changeras d'activité l'année prochaine »).

En ce qui concerne les études secondaires, toutes les matières ne peuvent pas plaire également aux élèves. Il faut donc leur insuffler la force intérieure pour qu'ils puissent persévérer.

Le jour où votre enfant découvrira une activité qui le passionnera, il s'y accrochera de lui-même et s'y tiendra longtemps peut-être, à votre grande surprise.

Enfin, sachez que des génies ont souffert de ce défaut qu'est le manque de constance, de patience (voir : Lorin (Claude), *L'inachevé,* Grasset, 1984.) ; Michel-Ange fut victime de deux défauts majeurs : l'impatience (s'il ne pouvait accomplir très vite l'oeuvre entreprise, il l'abandonnait) et le perfectionnisme (si l'une de ses oeuvres ne lui semblait pas scrupuleusement parfaite, il la délaissait et en commençait une autre).

Léonard de Vinci, de son côté, ne supportait pas que ses oeuvres ne soient pas exécutées d'un seul jet. C'est pourquoi il laissa bon nombre d'oeuvres inachevées.

DORMIR CHEZ LES COPAINS...

Inviter, être invité, est chose essentielle au développement de l'enfant. Une occasion aussi de dépasser les petits « problèmes ».

Avoir des amis sur qui compter, partager des moments heureux (fêtes, anniversaires, week-ends), découvrir lors de séjours à l'étranger d'autres façons de vivre en famille, s'adapter à une vie nouvelle, ce sont autant de situations qui enrichissent nos enfants.

Cependant, certains parents pensent que cela pose problème.

— « Romain fait encore pipi au lit* la nuit ; comment pourrait-il partir en camp scout, ou même dormir un soir chez un copain ? »

— « Suzanne a parfois des crises d'asthme... Il faut être vigilant pour qu'elle ne soit pas en danger... Peut-on demander cela à d'autres personnes ? »

— « Julie a des manies et des **rituels** d'endormissement ; ses hôtes les admettront-ils ? »

En fait, il existe des solutions pour chacune de ces situations.

Les solutions

Il faut prévenir la maman du copain. Dites à votre enfant que cette personne sait que parfois il fait pipi au lit. Il n'aura qu'à emporter ses draps, son

alèze, un change de pyjama, et un sac pour tout ranger. N'en faites pas une histoire avant, afin qu'il n'en soit pas obnubilé pendant tout son séjour ; d'ailleurs, très souvent, il suffit que l'enfant ne soit pas dans son univers familial pour qu'il ne fasse pas pipi au lit (surtout si les **conflits** qui sous-tendent son énurésie* sont en rapport avec un ou des membres de sa famille). Si cela n'a déjà été fait, vous pouvez consulter un psychologue.

Si votre enfant souffre d'allergies* ou d'asthme*, donnez toutes les instructions, par écrit, aux parents qui le reçoivent et laissez-leur les médicaments adéquats. Si votre enfant sait se prendre en charge, c'est une garantie de sécurité. A partir de 8 ans, il peut connaître et prendre seul ses médicaments.

Mais il faut aussi faire confiance aux autres parents : eux aussi ont des enfants, et ils sauront veiller avec soin à la santé du vôtre pendant son séjour chez eux.

Cependant, n'oubliez pas que couver et surprotéger un enfant qui a de petits problèmes, c'est souvent le fragiliser, l'angoisser, lui ôter de l'assurance. Il faut prendre sur soi, pour lui donner l'énergie de vivre normalement. D'ailleurs, l'angoisse* peut accroître l'intensité des crises d'asthme* par exemple... Une ultime précaution, qui va de soi : laissez votre numéro de téléphone aux parents.

Les enfants qui souffrent d'un petit handicap aiment être traités comme les autres et supportent mal qu'on insiste sur leur différence et qu'on les oblige à vivre autrement. Il faut les intégrer à une vie normale, pour qu'ils puissent s'épanouir, progresser, dépasser leurs infirmités, pour qu'ils vivent avec, le mieux possible.

Votre fille appartient à la catégorie des enfants qui ne peuvent s'endormir sans leur « doudou », sans qu'on leur raconte une histoire, sans une veilleuse ?... Ce n'est pas une raison pour décliner les invitations. S'il lui fait plaisir d'aller dormir chez une petite camarade, inutile d'avoir peur pour elle.

Tenter l'expérience

Après en avoir discuté avec votre petite fille, demandez aux parents qui la reçoivent s'ils veulent bien accéder à ses désirs. En général, cela ne pose pas de problème. En cas de refus catégorique (parents rigides), demandez à votre enfant si elle tient quand même à y aller. Si elle est d'accord, laissez la tenter l'expérience.

Les parents ont toujours intérêt à favoriser l'indépendance de leurs enfants.

Les petits handicaps, comme ceux évoqués ci-dessus, ne doivent pas freiner leur vie sociale.

Les prendre en compte et les dépasser, c'est aussi pour l'enfant apprendre à se dépasser soi-même.

NOS ENFANTS SONT-ILS RACISTES ?

Le racisme est bien souvent le fait des adultes. Mais il arrive que des enfants, calquant leurs réactions sur celles de leurs parents, fassent aussi parfois preuve d'intolérance.

Tout est parti d'une lettre que nous avons reçue :

« Mon fils de 8 ans est revenu de l'école absolument bouleversé. Un garçon, dans la cour, l'a traité de « sale négro », et ce n'est hélas pas la première fois que cela arrive. J'étais furieuse. Bien sûr, l'institutrice a grondé l'enfant qui insultait mon fils, mais quand même !

Je me suis demandé comment cela était possible, car nous sommes d'origine togolaise mais de nationalité française...

Que puis-je faire ? »

De nombreux témoignages identiques nous sont parvenus. C'est même pour cette raison qu'a été fondé s.o.s. Racisme. Mais le problème soulevé par notre correspondante est celui-ci : les enfants peuvent-ils être foncièrement racistes ?

A cette question, je réponds non. Nos enfants n'ont pas dès le berceau la certitude qu'une race est supérieure à une autre, ni que telle culture est préférable à telle autre.

Ils sont nos porte-parole

Il est blessant d'entendre de tels propos, surtout quand cela se renouvelle fréquemment, et je comprends l'émotion de cette mère. Il est vrai par ailleurs qu'à l'école les enfants se font toutes sortes de rosseries et qu'ils ne lésinent pas, au cours de leurs disputes, sur les propos méchants.

C'est pourquoi je pense également qu'il ne faut ni sous-estimer ni dramatiser un événement de ce genre.

Il faut savoir tout d'abord qu'un enfant de 8 ans n'est qu'un porte-parole. A cet âge, on imite les adultes comme de vrais perroquets, et l'on s'approprie toutes sortes d'idées sans penser à mal : souvent par conformisme, parfois par peur de contredire sa famille.

Dans le cas cité, manifestement les parents ou l'entourage de l'enfant (amis, voisins...) tiennent des propos racistes.

Il faut savoir aussi que les enfants (qu'ils soient noirs, blancs ou jaunes) ne sont jamais spontanément racistes mais peuvent facilement le devenir s'ils ont vécu une expérience douloureuse ; par exemple s'ils ont été battus par d'autres enfants appartenant à une ethnie particulière et différente de la leur, ou s'ils vivent dans une promiscuité que favorisent les H.L.M. des grandes villes.

Enfin, je voudrais rassurer cette mère : les enfants qui, à un moment donné, tiennent des propos racistes, ne seront pas nécessairement intolérants à l'âge adulte.

Les différences existent

Le rôle des parents n'est pas de nier les différences qui existent, car il y a des races différentes dans le monde, comme il y a des différences entre individus.

Cela, il est possible de l'expliquer aux enfants.

La ségrégation raciale est liée à l'idée de la supériorité d'une communauté sur une autre. C'est une idée de l'adulte, pas de l'enfant. Les enfants, eux, posent des questions et attendent nos réponses.

Ils attendent qu'on leur explique pourquoi les êtres humains sont de couleurs différentes. Sans entrer dans des détails trop compliqués (pigmentation de la peau, etc.), on peut leur raconter cette belle histoire des hommes... Il est normal que les enfants questionnent (« Pourquoi le monsieur il est jaune ? ») et désirent des réponses sensées. Mais il n'est pas normal qu'ils jugent, discréditent et insultent un autre enfant à cause de la couleur de sa peau ! Ils peuvent certes se disputer entre eux (ils ne s'en privent pas), mais leurs querelles ne doivent pas refléter les conflits raciaux des adultes, lesquels par intolérance leur farcissent le crâne d'idées racistes.

Que faire ?

Les parents ont un devoir : celui de protéger leurs enfants contre les pratiques qui poussent à la discrimination raciale. C'est dans la Déclaration des droits de l'enfant (qui se trouve à la fin de notre ouvrage), article 10 :

> « L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale. Il doit être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelles, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables. »

Il y a presque trente ans que cela a été rédigé, mais, lorsque nous regardons autour de nous, ces mots résonnent hélas comme un pur idéal. Ne désespérons pas, la famille peut inculquer la tolérance dans chacune des communautés.

Nous avons tous intérêt à faire preuve d'intelligence, de nuances, et à protéger les enfants qui, tous, font partie de la minorité, quelle que soit l'ethnie de chacun.

Il n'y a pas d'enfants naturellement racistes ; mais il y a des adultes qui se croient supérieurs à d'autres, et qui sont mal dans leur peau. Parce qu'ils ont le coeur plein de haine... Les adultes sont des individus responsables : s'ils tiennent des propos racistes, ils sont passibles d'une amende pour « incitation à la haine raciale ».

Les gens intolérants sont des gens qui ont peur : des autres, d'eux-mêmes, de la vie... Et ils s'inventent toutes sortes d'idées pour se rassurer en

se faisant croire qu'ils sont mieux que les autres.

On se rend très vite compte que souvent ces mêmes adultes, étant enfants, ont été les porte-paroles d'une autre parole...

FAUT-IL LEUR DONNER DE L'ARGENT DE POCHE ?

Les enfants en réclament de plus en plus souvent. Quelle attitude adopter ?

L'argent permet la réalisation d'un authentique désir d'indépendance. Cette volonté d'autonomie que tout enfant ou adolescent éprouve est symbolisée par la tirelire, la cagnotte ou le livret de Caisse d'épargne. C'est un désir à la fois matériel et affectif.

Pourquoi donner de l'argent de poche, de façon régulière, peut-il constituer un acte important ?

Parce que l'enfant *n'a plus à réclamer* sans arrêt, ni à geindre pour obtenir ce qu'il attend, ou à se sentir frustré* sans oser rien demander du tout (car, pour certains enfants inhibés, demander est très difficile).

Parce que l'enfant peut, en toute liberté, *faire de vrais cadeaux* à ceux qu'il aime, avec son propre argent, sans passer nécessairement par votre intermédiaire.

Parce qu'*il n'a pas à chiper* de l'argent ou à grignoter sur la « monnaie des commissions », comme cela arrive parfois.

Le goût de la responsabilité

L'argent de poche responsabilise l'enfant, éveille son esprit et stimule ses facultés d'organisation en l'obligeant à prévoir.

Votre enfant va ainsi être confronté à la réalité des adultes, à son échelle : quand il devra payer de sa poche 4 francs pour un magazine, alors qu'il reçoit 5 francs par semaine, il comprendra l'effort que représente le fait d'obtenir les choses dont il a envie. Ou encore, s'il désire une petite voiture à 15 francs, il devra économiser pendant trois semaines avant de pouvoir se l'offrir.

Pour les grands, les choix se poseront de la même façon lorsqu'ils voudront s'acheter un vélo, une poupée ou un ordinateur.

L'enfant peut ainsi gérer seul dépenses et recettes, en prenant conscience lui-même de la valeur des choses. En faisant seul son expérience, il sort du monde magique des petits où l'on a tout ce que l'on désire sans compter. Et si dans sa famille on gagne peu, il en prendra conscience. Grâce à la pièce que vous lui donnez chaque semaine ou chaque mois, il va s'habituer à ne pas tout attendre de vous. Vous l'aidez à grandir ; vous le rendez responsable.

Certaines personnes, conscientes que l'argent est l'instrument d'un pouvoir, refusent ce pouvoir à l'enfant. Non parce qu'elles manquent de moyens,

mais par crainte de ce qu'il pourrait en faire. Ainsi espèrent-elles obscurément retarder le moment de l'indépendance de leur progéniture.

— « Il est trop jeune... Ce sera de l'argent gâché ».

— « Il ne saura pas quoi en faire. Il va acheter n'importe quoi. On va lui prendre ses sous ».

— « Il n'en a pas besoin, on lui donne tout ce qu'il veut quand il le demande », disent ces parents. Mais leurs arguments visent réellement à maintenir leur enfant au stade des pièces en chocolat.

Établir un contrat

« Contrat », ce mot peut surprendre. Pourtant, en établissant un contrat entre vous, vous éviterez les discussions incessantes autour de l'argent.

Chacune des deux parties doit respecter ses engagements.

1. Les parents allouent à l'enfant une somme régulière donnée à date fixe (et d'un montant raisonnable en fonction de l'âge de l'enfant, de son milieu social), pour payer une certaine quantité de choses (nécessaires ou frivoles). Ce sont des détails à fixer entre vous.

Au début, vers 6-7 ans, vous pouvez commencer par une somme destinée à un seul type d'achat (bonbons, illustrés, petits jouets), puis vous pourrez l'augmenter.

Plus votre enfant grandira, plus les sommes seront importantes, et plus il aura de choses à prendre en charge dans son budget (vêtements, transports, cinéma...).

Lorsque vous lui aurez donné son argent, jouez le jeu : ne croyez pas avoir un droit de regard sur ce qu'il en a fait ; ne contrôlez pas ses dépenses : son argent, c'est son affaire.

Vous pouvez, certes, lui proposer de l'aider à le gérer s'il éprouve des difficultés à le faire, mais il vaut mieux attendre qu'il vous le demande...

Votre enfant sera cigale ou fourmi : à chacun sa personnalité.

2. De leur côté, les enfants ne doivent pas « discutailler » chaque semaine le montant de la somme que vous leur donnez, ni réclamer des pièces en plus, sous prétexte qu'ils les ont perdues ou qu'ils ont acheté trois tablettes de chocolat au lieu d'une, comme convenu.

Le contrat serait rompu et vous pourriez vous aussi reprendre votre parole.

Il n'est jamais souhaitable de donner trop d'argent à un enfant : il se ferait une vision fausse de la réalité. Même si la famille jouit d'une situation matérielle confortable, il est sage de laisser l'enfant affronter une réalité plus *dure* en ne lui donnant qu'une somme raisonnable à dépenser (sait-on d'ailleurs s'il aura lui-même plus tard une situation aussi aisée ?).

Un enfant qui a trop d'argent peut souffrir de l'éloignement de ses copains aux moyens modestes, et qui ne peuvent suivre son rythme... Cela peut en revanche lui attirer les attentions de certains enfants plus intéressés par la prodigalité du vôtre que par une réelle estime pour lui.

Ne manquez pas de prévenir votre entourage (grands-parents, tantes et oncles, etc.) que vous allouez à votre progéniture telle somme hebdomadaire ou mensuelle, de façon à ce qu'ils ne viennent pas « casser les prix » en lui donnant eux aussi une trop grosse somme d'argent, de façon régulière.

Néanmoins, il n'est pas interdit de lui donner plus pour Noël ou pour ses anniversaires. Occasionnellement, il sera ravi de pouvoir s'offrir un jouet plus cher, ou de faire lui-même des présents aux autres quand il le souhaite.

L'amour ne s'achète pas

L'argent ne peut ni ne doit être destiné à acheter l'affection d'un enfant. A l'inverse, donner de l'argent de poche n'est pas une obligation.

Cependant, allouer une somme régulière présente beaucoup d'avantages sur la pièce que l'on donne à l'enfant pour services rendus (faire les courses, la vaisselle, etc.).

Il ne faut pas qu'il demande systématiquement et que vous soyez coincé par ses exigences. Un enfant ou un adolescent peut être serviable, attentif, aider spontanément ses parents, sans qu'ils se sentent obligés de le rétribuer.

Tout ne s'achète pas. L'amour, la gentillesse et l'attention pour quelqu'un n'ont pas de prix.

ANNONCER AUX ENFANTS NOTRE SÉPARATION

Quand et comment leur en parler ?
Et surtout, quels mots ont-ils besoin d'entendre ?

Face au bouleversement que représente une séparation, les parents ont des réactions diverses : culpabilité, crainte de traumatiser leurs enfants, peur de ne pas trouver les mots justes, envie de les protéger ... Certains se disent : « Ils verront bien ... Inutile de leur en parler maintenant ». D'aucuns pensent les préserver en leur cachant la vérité ; d'autres voudraient bien l'annoncer mais ne savent pas comment s'y prendre.

Ils ont besoin de savoir

L'enfant confronté à la séparation de ses parents va ressentir des changements d'attitude, d'humeur, de présence, etc. Changements dont il ignore la cause. Si on ne lui dit rien, il va être troublé, vaguement inquiet, et plus vous attendez l'instant de vérité, plus ce climat d'incertitude va l'angoisser*.

L'enfant, véritable thermomètre de la vie familiale, sent ce qui s'y passe, mais de façon diffuse. En croyant le protéger, on lui fait du mal ; même si la vérité leur est pénible, les enfants ont besoin d'explications. Ils sont alors capables d'assumer la réalité.

L'enfant angoissé par ce qu'il pressent, peut :
— soit dissimuler sa souffrance, tomber malade, être incapable de se concentrer en classe, se désintéresser de son travail, se réfugier dans ses rêves, etc. Moyen inconscient d'empêcher ce qu'il redoute ;
— soit réagir en mettant malgré lui de l'huile sur le feu, en prenant parti dans les conflits, en monopolisant l'amour de l'un de ses parents au détriment de l'autre, ou paradoxalement en les dressant l'un contre l'autre. Moyen inconscient de leur faire payer les tracas qu'il subit, ou de trouver une bonne raison à leur mésentente.

Expliquer pourquoi

Le moment de l'annonce est de toute façon difficile à vivre pour eux et pour vous. Passé le choc de cette révélation, surgit une période de questions incessantes, puis de réassurance et de confiance.

Expliquez-leur pourquoi vous vous séparez : « On ne s'entend plus, on se dispute beaucoup. Mieux vaut nous séparer que rester ensemble, bien que cela nous fasse du mal ... ». Sans étaler votre vie intime, sans donner les détails de votre vie relationnelle qui ne regarde que vous.

Il est important que chacun respecte son conjoint et n'essaye pas de se donner le beau rôle. L'enfant a besoin de garder une image valorisante de ses deux parents. Qu'ils aient envie de retrouver leur liberté parce qu'ils ne s'aiment plus, est une chose ; mais, pour préserver une image positive des adultes, l'enfant a besoin de sentir que leur séparation n'entame pas leur respect mutuel.

« Tu n'y es pour rien . »

Le premier réflexe de l'enfant est de se sentir responsable de la séparation. Il est persuadé que s'il avait été moins « méchant », s'il avait moins fait enrager ses parents (qui se disputent souvent « à cause » de lui), ils ne seraient pas fâchés.

Apaiser ce sentiment de culpabilité parfois intense est nécessaire. Dites : « C'est notre décision, tu n'y es pour rien ».

Il faut faire comprendre à votre enfant que votre séparation n'est pas un caprice mais un choix ; de même que vous ne vous étiez pas engagés à la légère lors de votre mariage. Et surtout que vous vous sentez toujours engagés et responsables vis-à-vis de lui.

Quand ils lui annoncent leur décision de se séparer, les parents doivent dire à l'enfant : « Je ne regrette pas de m'être marié(e), et c'est difficile de divorcer puisque tu es né, et que nous sommes heureux tous les deux que tu sois là. » Sinon, l'enfant peut penser que ses parents regrettent tout, y compris sa naissance.

Le rassurer va lui permettre de garder confiance en vous, et confiance dans les relations qu'il aura plus tard avec les autres. Comme il voit votre amour se désagréger devant lui, dites-lui que votre séparation ne change rien à

l'amour que vous avez pour lui. Dans ces moments, il a besoin de l'entendre.

« Nous t'aimons toujours . »

Une fois le divorce prononcé, votre enfant doit savoir que vous avez désormais d'autres droits, mais que, si vous êtes libérés de la fidélité à l'autre et de l'obligation de vivre sous le même toit, vous n'êtes pas libérés de votre devoir de parents dont le juge a défini les modalités.

Un enfant doit savoir que ses parents restent responsables de lui.Une fois ces choses dites, expliquez comment se déroulera, selon vous, la vie après la séparation. Où chacun va habiter ; quand il verra l'un et l'autre des parents.

Plus l'enfant saura de choses, plus il posera de questions, moins il sera en proie à l'anxiété* (Qu'y aura-t-il après ?...).

Expliquez-lui cela, en fonction de son âge, de son niveau, de sa maturité. Même s'il est petit, même s'il vient de naître, il est indispensable qu'il entende ces mots.

Certains enfants, c'est évident, auront du mal à assumer la vérité, auront tendance à se raconter des histoires, à faire « comme si » on ne leur avait rien dit. Mais l'essentiel est acquis. Ne revenez pas à la charge ; laissez à vos enfants le temps de surmonter l'épreuve.

Des lieux d'aide

Il est des moments où votre situation familiale ou personnelle, certaines inquiétudes concernant vos enfants, vous semblent lourdes à assumer seul (e). N'hésitez pas à consulter gratuitement des psychologues, psychiatres, orthophonistes ou psychomotriciens. Consultez dans ce livre, le chapitre *où et à qui s'adresser.*

FAUT-IL MASQUER SES SENTIMENTS ?

Certains les clament...D'autres les taisent...
Comme en toutes choses, il faut se garder des extrêmes.

Certains parents n'aiment pas ou ne parviennent pas à manifester leurs émotions, souvent par crainte d'apparaître vulnérables aux yeux de leurs enfants.

D'autres sont convaincus qu'une famille idéale doit être irréprochable, d'humeur toujours égale. Ils tentent de se conformer à ce modèle et attendent de leurs enfants qu'ils fassent de même.

Or, dans chaque famille il existe des règles non dites, et parfois contraignantes : certaines émotions ne doivent pas être exprimées, certaines autres sont permises et encouragées...

Prenons pour exemple quatre émotions principales : la colère, la peur, la tristesse, la joie.

La colère

La famille qui s'exprime par des cris, des insultes, des reproches, vit dans un climat de tension peu supportable. Les hurlements permettent peut-être de se défouler, mais ils conduisent souvent au discrédit.

A l'inverse, ne jamais exprimer ses sentiments et « prendre sur soi » en permanence crée pour chacun des dangers tout aussi importants.

La colère contenue est plus violente qu'une fessée. Elle passe dans un regard, dans un silence parfois plus lourd que des cris. L'enfant, à son tour, s'interdit d'exprimer ses désaccords en famille : il peut devenir soit très timide*, soit très **agressif.** Ainsi s'expriment les émotions, et si ce n'est pas par la voie directe, comme piquer une colère, ce sera par une voie détournée. Les parents ont intérêt — sans se laisser emporter — à exprimer aux enfants leur mécontentement. Ensuite, on fait la paix.

Si la colère est provoquée par une situation extérieure à la famille, il est nécessaire d'en expliquer l'origine aux enfants, sinon ils se sentent responsables de votre irritabilité, causée par une journée de travail éprouvante par exemple.

La peur

A trop leur montrer et faire partager vos angoisses et vos inquiétudes, vos enfants ne se sentent plus protégés. Vos soucis ne les concernent pas forcément (problèmes de couple, difficultés financières, etc.).

De même, montrer que l'on a peur pour eux (« Ne monte pas là, tu vas tomber ! ») leur évite parfois d'expérimenter par eux-mêmes, de désirer finalement être gagnants dans la vie. Evitez les chantages du genre « Tu vas faire mourir ta mère si tu fais cela... ».

Mais, si vous dissimulez coûte que coûte vos inquiétudes et vos peurs, vous pouvez faire croire à vos enfants que vous vous préoccupez peu de leur sort, que vous leur dissimulez quelque chose.

Ce comportement des parents provoque chez l'enfant une surenchère pour obtenir d'eux des réactions : j'ai vu un garçon qui avait sans arrêt des accidents. Comme ses parents feignaient l'indifférence, il faisait chaque fois plus fort ; c'était en fait sa façon de leur demander, inconsciemment, de réagir (voir, dans le dictionnaire des troubles, le mot accidentropisme*).

En évitant systématiquement d'exprimer vos peurs, vous pouvez, sans vous en douter, mettre votre enfant dans une situation difficile.

La tristesse

A trop la manifester, vous faites vivre votre enfant dans un climat de dégoût de la vie, peu favorable à son épanouissement. Quand cela est possible, il faut se ressaisir, car la vie continue. Montrer sa tristesse, évoquer ses déceptions semble nécessaire, bien sûr, mais attention à ne pas tomber dans l'excès, comme ces mammas italiennes qui en rajoutent, devenant un poids

pour leurs enfants qui se sentent coupables de tout ce qui leur arrive.

En revanche, à ne pas assez montrer votre tristesse, vous donnerez à vos enfants l'idée qu'ils sont la cause de vos chagrins.

J'ai reçu en consultation une petite fille qui brusquement avait cessé de bien travailler à l'école. Au cours des entretiens avec ses parents, j'appris que sa grand-mère était décédée et qu'on le lui avait caché pour lui éviter beaucoup de peine. Dans mes entretiens avec cette enfant, il apparut qu'elle ressentait un très fort sentiment de culpabilité. En effet, sentant la tristesse autour d'elle, et n'ayant aucune explication de cette ambiance, elle s'imagina en être la cause, et cela la perturbait.

Dans notre société, il est de tradition que les hommes n'aient pas le droit de pleurer ou de montrer qu'ils sont tristes ; on exige encore des petits garçons qu'ils gardent un certain masque d'impassibilité en toute circonstance. Mais, heureusement, les choses évoluent : comme les femmes les hommes ressentent de la tristesse et, souvent, ne la cachent plus. L'exprimer, même avec discrétion, c'est déjà un peu la désamorcer.

La joie

A trop la montrer, vous la rendez envahissante, et cela peut sonner faux. Il est des familles où il faut exagérer sa joie sous peine d'être taxé d'ingratitude.

A ne pas l'exprimer, vous rendez vos relations familiales froides et distantes.

Dans certaines familles, il n'est pas question de montrer aux autres que l'on est content : jamais un compliment ne sort de la bouche des parents (et par **identification** les enfants font de même). Il est pourtant bien agréable de s'entendre dire : « Tu es gentille aujourd'hui »... « Tu es très beau »... « Ça me plaît le travail que tu fais »...

Il est bon de montrer ses émotions en nuances ; il est difficile de trouver le juste milieu entre tout cacher et tout montrer. L'important est de mettre des mots sur les émotions que vous ressentez : votre enfant, alors, n'est pas perdu. Dites simplement : « Je suis contente parce que... » ; « Je suis déçu parce que... », etc.

Enfin, à force de contenir ses émotions profondément en soi, elles finissent un jour par exploser par une voie détournée (maladie, comportement exagéré et incohérent), et cela peut faire du mal à tout le monde.

Trouvez les mots pour dire vos joies, vos tristesses, vos colères et vos peurs. Ce principe est à la base de deux techniques de soins : l'Affirmation de soi et l'analyse transactionnelle.

LE MONDE SECRET DES ADOLESCENTS

Un adolescent qui se développe normalement doit avoir le désir de découvrir d'autres horizons, d'autres émotions, en dehors de sa famille, d'avoir des amis de son goût, ainsi qu'une vie sociale enrichissante.

En dépit des petits pincements au cœur que parfois ressentent les parents, il est bon de ne pas freiner chez les plus grands ce mouvement vers l'autonomie.

Cependant, il n'est pas question — cela va de soi — de leur laisser tout faire et n'importe comment. Le juste milieu est difficile à trouver entre la confidence recherchée et le secret voulu.

Récemment, une adolescente — outrée et furibonde — s'est fâchée avec son père parce qu'il ouvrait systématiquement son courrier ; un garçon rageait parce que sa mère fouillait discrètement sa chambre lorsqu'il était absent. Ces faits, outre leur indélicatesse, constituent des violences insupportables aux yeux des adolescents. Mais il y a des violences plus subtiles, plus pernicieuses, commises par des parents ; j'ai été témoin d'une scène étonnante pendant mes vacances :

Une mère, qui ne pouvait s'empêcher de contrôler tout ce que faisait ses enfants, avait apporté sur la place du village le courrier reçu par son fils Maxime. Devant la foule amusée, elle lut à haute voix et éplucha chaque lettre : « De qui est celle-ci, avec les petits cœurs ? Qui est cette Sandrine ? Allez, lis-nous sa lettre ! »

La mère joua toute la scène en se moquant, et Maxime fit tout ce qu'elle lui commandait, devant les gens qui pouffaient de rire.

Il faut souligner ceci : le respect de l'intimité est essentiel à tout être qui a droit à son jardin secret. Un enfant est pudique dans ses sentiments. Ce n'est pas un clown dont on peut rire. Ainsi mis à nu, Maxime s'est senti très humilié...

Ni les enfants, ni les adolescents ne doivent se sentir traversés en permanence par le regard suspicieux de leurs parents. Il faut laisser une place à l'univers mental de l'enfant, à ses chimères, ses fictions, ses constructions fantasmatiques personnelles. Certains enfants souffrent d'être « colonisés » par leurs parents.

La protection, pas l'intrusion

Nous devons supporter de ne pas tout savoir de nos enfants !

Accepteriez-vous que votre fils lise votre courrier, vous questionne sur vos conversations téléphoniques ou vos fréquentations ? Il y a une grande différence entre surveillance et intrusion.

Il est normal d'exiger d'un adolescent qu'il vous dise s'il rentre tard, où il va, qui il voit, ce qu'il fait, et qu'il vous demande la permission de le faire.

En revanche, il est abusif de l'épier, de lire son journal intime, de le suivre en cachette : c'est violer sa vie privée. Vous risquez qu'il perde sa

confiance en vous, qu'il devienne menteur*, qu'il cherche des dérobades, qu'il soit choqué, agacé, puis rebelle. Il peut également choisir de vous fuir, à moins qu'il ne s 'angoisse*, se déprime*, ou se sente persécuté.

Vous ne perdez pas votre enfant en respectant ses secrets. Vous ouvrez au contraire la porte aux confidences. Dites-lui que s'il a envie de se confier, même à propos de choses difficiles à dire, vous êtes toujours disponibles pour la discussion.

Confidences et jardins secrets

Votre enfant se confiera à vous s'il sent votre affection et s'il est en confiance, mais aussi si cela lui fait plaisir. Montrez-lui que vous prenez ses confidences comme un cadeau, que vous appréciez comme tel, il se confiera à vous plus aisément.

L'enfant est un être à part entière, une personne différente de vous, avec ses émotions propres, ses joies, ses pensées, ses chagrins... et vous êtes responsables de lui. Vous l'aimez, vous faites tout pour lui éviter les dangers. Alors : le protéger, oui. Le contrôler en permanence, sûrement pas !

La communication ne peut se faire à sens unique. Vous-mêmes pouvez raconter à vos enfants certains événements de votre vie, quelques secrets de famille, en évitant les détails trop personnels si vous le désirez... Tirer les vers du nez à un enfant, ce n'est pas communiquer ; le soumettre à un interrogatoire policier risque de provoquer en lui peur, agressivité, repli sur soi.

Si votre enfant n'a pas d'amis, a un caractère morose, ne se confie à personne, il est souhaitable de l'emmener consulter un psychologue : il n'est ni normal ni bon de se barricader à l'excès.

S'il a des amis, il doit se livrer à certains d'entre eux : on ne dit pas tous ses secrets à la même personne.

Si vous supportez mal l'idée qu'il grandisse et s'autonomise, allez vous-mêmes en parler à un psychologue.

Comme Félix Leclerc l'a si joliment dit : « Bâtir son nid, c'est savoir s'envoler. »

PEUT-ON LE LAISSER S'HABILLER N'IMPORTE COMMENT ?

L'adolescent(e), à la recherche de sa personnalité, se plaît souvent à nous provoquer. Il arrive que sa façon de s'habiller nous agace...*

Enfants et adolescents sont sensibles à la mode, laquelle, ils le sentent, ne sert pas uniquement à se vêtir mais aussi à « dire quelque chose ». Quoi ? A afficher notamment les signes d'un groupe social ou culturel auquel ils souhaitent appartenir.

Cependant, l'influence des médias n'est pas aussi déterminante qu'on pourrait le croire. D'après les sondages (I.P.S.O.S., fin 1987), 9 % seulement des jeunes sont influencés dans leurs choix par les chanteurs qu'ils vénèrent ; 7 % par les magazines de mode ; 6 % par la publicité télévisée...

Ce n'est donc pas la mode créée par les stylistes qui fascine les jeunes. Les adolescents sont généralement influencés par leurs copains, ou toute personne perçue comme importante. Ils ne sont pas tant obsédés par la mode que par le désir d'imiter ceux qu'ils aiment. D'où l'envie de leur ressembler, le besoin de s'approprier tel bijou, telle coiffure, tel style de robe ou de chaussures...

Ce n'est pas la passion du vêtement en tant que tel qui intéresse l'adolescent, ni le désir de paraître. C'est le besoin de se sentir semblable à ceux qu'il admire. Les sondages le disent : 32 % des jeunes sont influencés par leurs camarades et amis dans le choix de leurs vêtements ; par les frères et soeurs aînés également. Rarement par leurs parents, d'où les discussions peu amènes en famille...

La parure, une seconde peau

Chez les petits, le vêtement est comme une enveloppe, une « seconde peau ». Il ne veulent pas se sentir gênés par leurs vêtements, toute maman le sait bien. Ils ont avant tout le goût du confort. Mais plus ils avancent en âge, moins ils sont indifférents à la mode de leur génération. 63 % des 6 à 12 ans, répondant à une enquête, ont déclaré choisir eux-mêmes leurs vêtements pour aller à l'école.

Les adolescents, eux, décident seuls du style de leur garde-robe ; ils sont capables de se rendre ridicules, d'endurer les pires maux, d'être mal à l'aise, engoncés dans des jeans ou des cuirs étriqués, si leurs copains font de même. On sent qu'ils voudraient être dans la peau d'un autre, leur modèle, parce que cet autre ils l'ont, si j'ose dire, « dans la peau ».

Le vêtement est le reflet de ce que l'on souhaite montrer de soi. Je connais un garçon âgé de 16 ans, style « rasta », qui ne peut quitter son tee-shirt sur

lequel est imprimé le numéro « 99 » ! Il veut être fort, athlétique, comme Noah... Il désire être perçu par les autres comme un garçon agile et sportif.

A l'adolescence, les vêtements sont un signe d'affirmation de soi. Le corps change, certains se sentent mal dans leur peau. Alors, ils se cherchent à travers le style, l'allure, la coupe de cheveux, les habits. Parfois ces derniers servent à dissimuler un défaut physique, une cicatrice, une tache de vin, des rondeurs... ou tel défaut imaginaire... Raisons pour lesquelles certains adolescents peuvent se confiner dans un style. Par exemple, une fille peut-elle porter une jupe quand elle pense que les garçons vont lui trouver les jambes trop grosses ou trop maigres ? D'autres encore, par défi, vont s'habiller d'une manière farfelue.

Certains parents reprochent à leurs enfants de trop s'occuper de leur apparence. En fait, si les adolescents aiment leur corps, c'est plutôt bien. Ils ne sont pas forcément « superficiels » parce qu'ils se mettent en valeur par leurs vêtements.

D'ailleurs, toutes ces excentricités passeront, et l'hyper-conformisme, le style « bon chic, bon genre », ne sont pas meilleurs que l'anti-conformisme à tout crin.

Le besoin d'être une copie conforme ou de choquer l'entourage passe tout seul, d'une manière générale, avec l'âge, ou bien ne passe jamais.

ILS S'ENTENDENT COMME CHIEN ET CHAT

Ils jouaient ensemble, s'aimaient beaucoup...
A l'adolescence, ils ne se supportent plus.

Dans toute famille, les banales et inévitables disputes qui émaillent la vie quotidienne sont nécessaires à l'expression des désirs et des sentiments de chacun.

Les enfants grandissent, deviennent adolescents, et parfois hélas des différends importants surgissent, au point qu'ils finissent par ne plus avoir entre eux que des relations lointaines.

Les relations entre frères ou soeurs se dégradent parfois très vite, à l'approche de l'adolescence.

Les motifs de mésentente

Ces motifs sont nombreux. Parmi ceux qui conduisent à une indifférence apparente, soulignons :

— le fait qu'à l'adolescence se rejouent les **conflits** de la petite enfance (jalousie*, rivalité fraternelle, lutte pour posséder l'amour du père ou de la mère...) ;

— les enfants grandissent, affirment leur caractère, se différencient, divergent... Ils font des choix de vie dissemblables.

Frères et soeurs peuvent ne plus avoir envie de s'entendre s'ils n'ont rien en commun. S'ils n'ont pas la même façon de vivre et partagent néan-

moins la même chambre : l'un, par exemple, aime écouter de la musique classique, l'autre du rock... Cécile, qui est du matin, importune sa soeur Adrienne qui se couche plus tard ; Marc, extraverti et fantasque, vit avec Stanislas, timide et renfermé... D'où d'inévitables frictions.

— L'adolescent est à la recherche de sa personnalité, en révolte contre ce qu'il aimait auparavant, en particulier l'image de ses parents dont il veut se déprendre.

Pour peu que sa soeur ait les mêmes habitudes que leur mère, les mêmes goûts que leur père, c'est elle qu'il va rejeter.

— En approfondissant ces rapports amour-haine, on peut expliquer des relations d'apparente indifférence, ou de confrontation, par une lutte contre des désirs de proximité. Ces réactions peuvent servir à se protéger contre des désirs amoureux inconscients.

Les parents souhaiteraient qu'il n'y ait aucun nuage entre leurs enfants, mais, quoique la jalousie et la rivalité fassent partie de la vie, il ne faut pas se laisser conduire uniquement par ses sentiments. Il ne faut pas les nier, mais permettre aux enfants de désamorcer les conflits qui en sont la conséquence.

Les disputes violentes entre frères et soeurs leur servent aussi à se distinguer les uns des autres.

En premier lieu, les parents peuvent tenter de découvrir les sujets d'intérêt qu'ils possèdent en commun (sport, musique, jeux, lecture, hobbies...) et encourager les échanges susceptibles de constituer un terrain d'entente.

L'ancienne complicité enfantine peut renaître, une nouvelle connivence peut se créer. Mais, pour obtenir cela, il faut prendre le temps d'approfondir les relations. Il faut parler et susciter la parole.

Ce qui peut les éloigner les uns des autres étant le manque d'intérêt et d'estime entre vos enfants, vous pouvez faire naître l'admiration réciproque en faisant ressortir la personnalité et les talents de chacun.

PREMIÈRES AMOURS

Communiquer avec les parents n'est pas toujours chose facile pour les adolescent(e)s, quand il s'agit de leur relation avec leur premier(e) petit(e) ami(e).

Comment dire à ses parents que, pour la première fois, on a un petit ami ?

« J'ai 17 ans, et je me rends compte que c'est difficile d'oser parler de mes sentiments, surtout à mon père qui est du genre exigeant et sévère. Je n'arrive pas à me confier, j'appréhende leurs réactions. »

J'ai retenu le témoignage de cette adolescente car, d'après les sondages (avril 1987), 55 % des garçons et des filles répondent que le sujet qui les

préoccupe et dont ils ne peuvent parler à leurs parents est celui de leurs relations sentimentales et des relations sexuelles. Ensuite viennent l'avenir professionnel (30 %), la drogue (20 %) et la politique (13 %).

L'adolescence est bien une époque où domine la tendresse, mais aussi le désir de séduire et l'envie de se confier. Etre romantique n'est donc *pas vieux jeu !* La question de l'amour n'a pas d'âge...

On sent chez les adolescents le désir d'un partage, d'une confidence, et la volonté de resserrer les liens d'intimité au sein de la famille sans pour autant empiéter sur le jardin secret de chacun.

Vouloir parler de l'amour et de la sexualité est une preuve d'intelligence et l'expression d'un besoin : celui de ne pas se sentir coupable d'aimer et d'éprouver de l'attrait pour un être que l'on veut découvrir.

Mais comment le dire ? Il y a en effet :

— la peur de choquer (« A ton âge ! Tu es trop jeune, pense à tes études d'abord... ») ;

— la peur de décevoir, c'est-à-dire que l'ami(e) ne corresponde pas à ce que les parents peuvent attendre (« Ne me dis pas que tu veux fréquenter ce type-là ! ») ;

— la peur de ne pas pouvoir le (la) revoir (« Il n'en est pas question ! Ne discute pas ! ») ;

— la peur de se tromper soi-même, c'est-à-dire l'incertitude qui ronge l'adolescent(e) venant de nouer un lien sentimental, bientôt rompu peut-être (« Crois-moi, ça ne va pas durer) ;

— enfin, le blocage total, l'intimidation qui existe à propos des choses du coeur ; ou bien le désir de garder le secret (« Après tout, ça ne regarde pas mes parents »).

Des solutions

Pour que les adolescents osent aborder la question de leurs premiers émois, il faut :

— que nous, parents, sachions créer des moments d'intimité où nous puissions nous-mêmes également nous confier. La confidence engendre la confidence ;

— que nous laissions à l'adolescent le choix de se confier ou non. L'inquisition en cette matière est aussi néfaste que l'indifférence. Il ne faut pas chercher à tout savoir, ni à ne rien savoir du tout d'ailleurs, mais trouver avec délicatesse et discrétion le juste milieu ;

— respecter la pudeur et les sentiments partagés qu'éprouvent nos adolescents, sans pour cela renforcer ou entériner leur naturelle timidité*, souvent teintée de culpabilité à notre égard. Et il est exact qu'il y a des pères et des mères véritablement jaloux — presque sentimentalement — des premières amours de leurs enfants, et qui vivent les choses comme s'ils étaient abandonnés ou trahis par leurs enfants ;

— permettre, si le dialogue n'est pas possible, que l'adolescent se confie à son journal intime (à condition de ne pas le lire) ou bien à un/une ami(e) de son choix, et que nul n'ira questionner.
En fait, le « on se dit tout » est rare, et pas toujours souhaitable, ni pour les uns ni pour les autres ;
— relire avec eux à l'occasion, c'est un bon prétexte, les grands classiques littéraires (Platon, Verlaine, Stendhal, Ovide) et tous ceux qui nous ont légué leurs mille façons de dire et de concevoir les choses de l'amour, pour que chacun trouve la sienne.

Tout est passionnel

Tout peut être partagé, à condition que chacun ait envie de partager. Vous pouvez donner votre avis si votre fille vous demande : « Comment trouves-tu ce garçon ? » Mais qu'elle sache que ce qui importe à vos yeux c'est surtout comment « elle » le trouve... C'est ce que j'appelle donner un statut de *sujet* à nos enfants.

Quand ce sont eux qui le demandent, écoutons-les parler de leurs premières amours. Dominique Fernandez a montré, dans son roman *L'Amour*, qu'en ce domaine tout est fort, violent, passionnel...

Les adolescents sont d'une incroyable sensibilité : certains sont plus loquaces que nous, car, nous en convenons, il est bien difficile de parler de l'amour, y compris pour nous, adultes.

L'INGRATITUDE

« À quoi servent les "vieux" ?... »

La question de l'ingratitude est souvent apparue dans le courrier que nous avons reçu. Certains adolescents ne voient que les défauts de leurs parents, ne retiennent que ce qui cloche, nient l'attention qui leur est portée et témoignent d'un manque de reconnaissance qui frise la goujaterie.

Les parents, touchés par cette disposition qui choque leur esprit de sacrifice, acceptent mal la négation en bloc de tout ce qu'ils ont fait pour leurs enfants.

Mais nuançons notre propos. La mère-poule, désireuse de gâter son poupon, est déçue s'il la rejette et refuse de lui donner un « bisou » ; même chose pour la mère-pélican, qui étouffe son enfant sous les fêtes, les cadeaux-surprises et les « sacrifices ».

En fait, l'ingratitude des enfants n'est parfois que la déception des parents qui ont voulu trop bien faire.

Un adolescent peut être agacé ou culpabilisé, lorsqu'il s'entend dire : « Tu ne te rends pas compte de tout ce que nous avons fait pour toi ! » Les reproches de ce type sont inutiles, car un adolescent normalement constitué sait parfaitement bien ce qu'on fait pour lui et il regrette souvent, après coup, d'avoir déçu ses parents qui ont fait preuve d'attention et de dévouement à son égard.

Mais qu'entend-on réellement par manque de reconnaissance ?

Manque de reconnaissance et image des « vieux »

Nous aimons être vus et appréciés tels que nous sommes. Mais, hélas, l'âme enfantine est un miroir déformant ; l'image inconsciente que nos enfants ont de nous est déformée, altérée, dénaturée, parfois en fonction de ce qui leur fait plaisir ou de ce qui leur déplaît.

De plus, leur mémoire sélectionne de façon subjective les bons et les mauvais souvenirs, déforme les faits réels, réorganise la réalité : un événement agréable peut être minimisé, oublié, ou au contraire grossi et embelli.

Nos enfants ne nous voient pas tels que nous sommes. Nous les trouvons parfois ingrats, mais cette attitude est liée à l'image exagérément noircie, ou exagérément dorée, qu'ils se font de nous. Ce n'est donc pas par méchanceté que naît « l'âge ingrat ». Et, d'ailleurs, l'image partiale de la « mauvaise mère » s'estompe aussi vite que celle du « bon père »... alors, il est inutile de jouer à la super-maman ou au super-papa.

Il arrive que nous, parents, ne parvenions pas toujours à considérer objectivement les idées, les sentiments, les comportements des adolescents. Cependant, il est inadmissible qu'un enfant envoie violemment ou grossièrement ses parents « sur les roses », alors qu'ils font preuve envers lui de dévouement.

Enfin, ne cherchons pas à être parfaitement irréprochables, à en faire toujours plus, à nous sacrifier pour eux en le criant à la ronde... Il n'est bon ni de vivre en fonction des enfants, ni de prétendre le faire. Cela les culpabilise : l'ingratitude est parfois une réaction contre un malaise permanent.

Bien s'occuper de ses enfants est essentiel ; les délaisser est faire preuve d'**égoïsme.** Mais les couver revient à vouloir incarner l'image idéale des super-parents. Ainsi, l'adolescent se révolte et se montre délibérément ingrat, pour démolir cette image étouffante des parents parfaits, qui bien sûr n'existent pas. Les images que nous avons dans la tête sont nécessairement partiales.

Boris Vian disait : « Il ne faut pas voir la réalité tel que je suis... »

Aussi, quand votre enfant atteint l'âge ingrat, faites-en assez mais pas trop. Faites-vous plaisir en lui faisant plaisir, mais ne le lui reprochez pas en évoquant tous les « sacrifices » que vous avez faits pour lui. Et vivez aussi pour vous : si vous ne le faites pas, qui le fera ? Et si ce n'est pas maintenant, alors quand ?

QUE RÉPONDRE AUX QUESTIONS INDISCRÈTES ?

Tout intéresse les enfants curieux, y compris, et cela nous embarrasse parfois, leur vie avant la naissance, les histoires de la famille, l'intimité du couple, la vie passée de chacun... Nos enfants se sentent à la fois proches de nous, et étrangers à un certain univers qui est notre jardin secret.

Leur curiosité naturelle ne doit cependant pas être l'expression d'un manque de retenue ; autrement dit, quand des questions osées surgissent, il faut savoir quoi répondre.

Tout le monde a une vie privée, l'enfant, l'adulte, le couple, la famille.

Les questions indiscrètes qu'un enfant peut poser suscitent trois sortes d'attitude.

Cela ne te regarde pas

C'est la réaction la plus courante. L'histoire familiale est sensée ne pas regarder l'enfant, trop petit. Il est bon, c'est vrai, de préserver un certain mystère, surtout s'il concerne l'intimité du couple.

L'enfant imagine ce qu'il veut. Mais en ce qui concerne sa naissance, ses origines, pourquoi faire un mystère quand il n'y a rien de gênant à révéler ? Souvent d'ailleurs l'enfant pressent qu'on lui cache quelque chose : que son père n'est pas son père, qu'il n'était pas désiré, qu'il porte le prénom d'un enfant mort, qu'une parente s'est suicidée, etc. Un secret familial, sorte de secret de Polichinelle, peut parfois peser sur l'ambiance familiale et provoquer chez l'enfant un sentiment diffus d'inquiétude et d'étrangeté.

Se dérober en répondant « cela ne te regarde pas ! », ou « tu comprendras plus tard », l'intrigue encore plus : il sent intuitivement qu'on lui cache quelque chose d'essentiel.

Il y a des familles où chacun blablate, parlote, essaie de ne rien dire de précis ; des familles où l'on tente de combler un vide, où l'on ne se dit même plus « je t'aime »... Curieusement, l'enfant s'imagine responsable d'un drame qu'il appréhende à travers maintes allusions, recoupements, phrases qui échappent aux parents, bribes de conversation qu'il surprend...

La transparence

La mode, depuis quelques temps, est à la transparence : ce n'est pas mieux, c'est parfois pis !

Certains couples pensent qu'il est bon de dire toute la vérité, rien que la vérité... et s'imaginent qu'il faut tout avouer, tout montrer, tout expliquer.

Faisant suite à la vague de *libération des moeurs* qui surgit en 1968, cette attitude va paradoxalement à l'encontre des attentes de l'enfant. Si tout

n'est pas bon à taire, tout n'est pas bon à étaler dans le détail et au grand jour. Au moment du divorce de ses parents, l'enfant ne tient pas particulièrement à connaître dans le détail les relations intimes, généralement extra-conjugales, de l'un ou de l'autre.

D'autre part, annoncer de but en blanc à votre enfant qu'il n'était pas véritablement désiré, en précisant « ta mère a tenté l'avortement, mais il était trop tard ! », est sinon d'un sadisme épouvantable, du moins d'une indélicatesse évidente.

Exposer les problèmes de sexualité du couple devant un enfant (même s'il le demande) n'est pas du tout souhaitable. De même, il vaut mieux éviter de raconter à une adolescente les atroces douleurs de l'accouchement lors de sa naissance, les complications obstétricales ; ces descriptions sanguinolentes peuvent être d'une grande violence pour une jeune fille. Cela peut la culpabiliser, la bouleverser, susciter une représentation négative d'elle-même.

Répondre avec nuances

Au total, deux écueils sont à éviter : la dérobade et la « transparence ».

Chaque couple doit préserver son jardin secret, se protéger contre les questions trop indiscrètes qui, *effectivement,* ne concernent pas du tout les enfants (leur sexualité par exemple).

En revanche, vous pouvez raconter la façon dont vous vous êtes connus, dans quelles circonstances vous êtes tombés amoureux l'un de l'autre, etc. Tous les parents possèdent quelques anecdotes amusantes, cocasses ou touchantes, dont les enfants sont friands. Pourquoi ? Parce qu'ils sont les fruits de cette histoire d'amour, tout simplement.

Vous pouvez évoquer en leur présence l'aventure de votre rencontre, les petits cadeaux, les bals, les fleurs... Tout cela avec accompagnement de violons, car les enfants sont romantiques.

Comme l'on parle d'entre-vue, on pourrait créer le terme d'*entre-dire*... Entre-dire, c'est choisir, dans tout ce que l'on peut dire, ce que l'on va confier à son enfant, et la façon dont on le racontera.

Ainsi, vous et vos enfants pouvez (re)constituer le grand album de famille plein d'images et de mots, dans l'intimité d'une confidence créatrice.

SIDA

Eléments pour une prévention efficace

Face à ce fléau, qui concerne pratiquement tous les pays, adolescents et adultes doivent s'habituer à vivre avec la peur et la réalité du SIDA, tant que nous n'aurons pas trouvé de vaccin.

Il ne s'agit ni d'amplifier ni de sous-estimer le phénomène, mais d'aider les adolescents à se sentir concernés et responsables. Avec son livre *Psychologie du SIDA*, André Ruffiot est l'un des premiers à avoir publié sur ce thème.

L'information

En France, l'information passe mal, parce que les adolescents craignent de parler de ce sujet en famille ; parce que, dès le début de l'épidémie, le secret fut gardé par les individus qui étaient séropositifs.

En raison du rejet social, familial, des tabous sur la sexualité et la drogue, en raison de la panique engendrée, de la souffrance psychique et de la dépression* des sujets porteurs de la maladie. En raison également du secret professionnel, le médecin consulté n'ayant aucun droit de divulguer, sans l'autorisation du patient, son éventuelle séropositivité (y compris au conjoint (!!!), aux parents et aux autres médecins).

Une enquête fut réalisée en octobre 1989, auprès de 208 lycéens ; le but était de savoir comment était perçu le possesseur de préservatif. Les résultats obtenus furent les suivants :

— c'est une personne prudente, consciente du danger : 30 %,
— suspecte dont il faut se méfier : 14 %,
— responsable qui respecte l'autre : 8 %,
— peu sentimentale ou inconstante dans ses amours : 6 %,

S'il est exact que 42 % de ces lycéens ont déclaré que le préservatif permet l'épanouissement sexuel, la même enquête révéla aussi d'énormes réticences à son utilisation.

Quels facteurs psychologiques interviennent pour empêcher l'utilisation du préservatif ?

— le manque de confiance totale : 36,53 %,
— la timidité (peur de vexer en ayant l'air de suspecter l'autre d'avoir le SIDA, ou peur de laisser penser qu'on est soi-même atteint) : 26,94 %,
— gêne physique, déplaisir : 12,5 %,

Il ne peut être question de *faire peur* aux adolescents ou d'entraver leur sexualité, mais de faire en sorte qu'ils puissent *intégrer le préservatif* à l'ensemble de leurs relations amoureuses comme quelque chose qui, dans ces années-SIDA, va de soi quand on est responsable.

Mettre sans pudibonderie à leur disposition toutes les brochures, ouvrages et articles d'information se rapportant aux risques de contamination est aujourd'hui nécessaire. Mais une véritable psychologie de la prévention du fléau doit être élaborée.

Dans l'esprit de tout parent ou adolescent responsable, l'étreinte amoureuse doit être pensée en y incluant le préservatif.

Que les adolescents soient informés est une chose, mais il faut aussi les aider à surmonter leurs réticences à utiliser les seules protections existantes (en dehors de la féodale chasteté préconisée par nos évêques[1]).

Le paradoxe est qu'apparemment ce serait plutôt la génération des 30-40 ans, ayant connu la « libération sexuelle », qui serait embarrassée...

Une information qui ne fait pas changer les comportements est nulle, car toute personne côtoie alors la mort en faisant l'amour !

Changer les comportements amoureux

Ce problème n'est d'ailleurs pas nouveau. Il y a toujours eu, par exemple, des femmes qui devenaient enceintes « accidentellement », alors qu'elles *connaissaient* parfaitement l'usage des préservatifs, des contraceptifs ou des périodes de fécondation... Craintes, interdits religieux, désir inconscient d'avoir (quand même) un enfant intervenaient alors.

Actuellement, les adolescents sont conscients que le danger ne concerne pas seulement les toxicomanes et les homosexuels. Et pourtant, au moment de l'étreinte amoureuse, ceux qui disent vouloir utiliser un préservatif ne le font pas !

Pourquoi ?

Que peut-il bien se passer dans la tête d'une jeune fille ?

Elle n'ose pas, au dernier moment, exiger de son partenaire qu'il mette un préservatif :

— par peur de perdre son estime et sa confiance ;

— pour ne pas avoir l'air de le soupçonner, de passer pour méfiante, de laisser peser le doute qu'elle-même n'est pas saine ;

— par appréhension sentimentale : elle risque de perdre son ami si elle lui demande « une chose pareille », etc.

D'autres raisons, conscientes ou inconscientes, peuvent intervenir encore. J'ai écouté en consultation ce que disent certaines adolescentes : « Mettre un préservatif signifie qu'on ne peut pas être aimé(e) dans sa totalité... Que l'oubli de soi, dans les bras de l'autre, est impossible »... Qu'elles ne peuvent garder en elle « la trace de cet instant d'amour fabuleux »... Bref, c'est blessant pour l'un comme pour l'autre, « ça coupe la chique ! »

Le narcissisme* amoureux est en question.

1. Voir notamment la déclaration officielle du pape, dans *Le Monde* du 17 novembre 1989

Que peut-il se passer dans la tête d'un garçon ?

Il a son préservatif avec lui (dans le meilleur des cas) mais, au dernier moment :

— il a peur d'être ridicule (n'oublions pas que beaucoup de garçons s'imaginent être jugés sur leurs « performances ») ;

— il craint de « casser l'ambiance », d'entraver le déroulement de l'action, de créer un malentendu (l'amoureux transi trouve parfois grottesque la situation sexuelle elle-même) ;

— il *croit* que sa partenaire sexuelle est saine (ce qui peut être vrai ou faux), car elle n'a pas exigé de lui qu'il mette un préservatif ;

— il s'imagine qu'elle ne peut en aucun cas être séropositive parce qu'elle n'est ni toxicomane ni homosexuelle (ce qui n'a aucune incidence dans ce cas, chez les femmes) et qu'il ne lui connaît pas d'autre petit ami.

D'autre part, le préservatif affecte, semble-t-il, chez certains le sentiment de virilité et la confiance en soi.

Un grand nombre de garçons reconnaissent que, si on ne leur fait pas confiance, la « relation vraie » n'existe pas.

Il semble important par ailleurs pour les hommes de laisser une partie d'eux-mêmes à l'intérieur du corps de l'être aimé.

D'autres **fantasmes** viennent encore s'ajouter au refus d'une protection sexuelle : par exemple, *le goût du risque,* ou le fait qu'ils confondent *croyance* (Je crois que...) et *certitude* (Je suis sûr que...).

Bien des adolescents sont assez naïfs pour faire confiance à celui ou à celle qui a « l'air sérieux »... Or, la séropositivité ne se lit pas sur un visage, ni sur l'apparence, les bonnes manières, le milieu familial ou social.

On peut même dire que ce sont actuellement les groupes à risque (toxicomanes, homosexuels) qui se protègent le mieux.

Changer les comportements est possible. Il faut pour cela que les adolescents — et les adultes — fassent entrer le préservatif dans leurs jeux sexuels, au moins au début de leurs relations.

Il faut aussi en discuter en famille, avec des copains, des médecins, des psychologues. Généralement, dans les spots d'information, on ne parle que de « pénétration sexuelle », par exemple. Pourtant, en amour, il se passe mille choses à propos desquelles les adolescents sont sous-informés.

Exemple : Peut-on attraper le SIDA en pratiquant le cunnilinctus (qu'on appelle aussi parfois, incorrectement : cunnilingus) ? La fellation ? Ce sont des questions qui nous ont été posées plusieurs fois, et la réponse n'est pas facile : Non, dans l'absolu ; mais il existe un risque théorique, surtout en cas de lésion buccale ou génitale, souvent ignorée de la personne elle-même.

Evidemment, aucune étude n'a pu montrer que la fellation était à elle seule une pratique à risque, mais ce dernier n'est pas complètement nul. Et il

n'existe pas de préservatifs spéciaux permettant de pratiquer le cunnilinctus en toute sécurité.

On comprend devant ces « Non... Mais... » la perplexité des adolescents qui préfèrent opter pour la confiance.

Le mieux serait qu'ils militent comme nous le faisons pour une prévention efficace, en attendant le vaccin.

Statistiques

Nombre de cas en France de SIDA chez l'enfant, l'adolescent ainsi que chez les toxicomanes et hémophiles (enfants et adultes), statistiques du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n°37, du 18 septembre 1989.

	ANNÉES DE DIAGNOSTIC								
GROUPE DE TRANSMISSION	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**1986**	**1987**	**1988**	**1989**	TOTAL
TOXICOMANES ENFANTS, ADOLESCENTS ET ADULTES	0	0	6	37	131	303	511	189	1177
HÉMOPHILES ENFANTS, ADOLESCENTS ET ADULTES	0	0	2	6	14	15	36	9	82
ENFANTS (NAISSANCES DE MERES SIDAIQUES)	0	4	12	24	24	69	55	14	202

Chaque cas est classé dans un seul groupe de transmission.

Apparaît une progression du nombre de cas jusqu'en 1988, ainsi qu'une diminution pour la seule année 1989.

QUESTIONS D'ÉTHIQUE 4

LA MORALE DES SOIGNANTS

Les psychologues cliniciens, n'étant pas médecins, ne font pas le Serment d'Hippocrate et ne sont pas soumis au même code déontologique que les docteurs en médecine.

Voici donc les règles éthiques auxquelles ils sont tenus de se conformer.

CODE DE DÉONTOLOGIE DES PSYCHOLOGUES

La Société française de psychologie (dont nous sommes membres) a adopté le 7 mai 1961 un code de déontologie dont nous résumons ci-dessous les principes.

A une époque où les cartomanciennes, les astrologues et autres voyantes extra-lucides se prennent pour des psychologues et en usurpent le titre universitaire[1], il ne nous semble pas inutile de rappeler les grands principes éthiques qui sous-tendent la pratique du psychologue et assurent à ceux qui consultent un cadre moral reposant sur le respect de la dignité d'une personne, de sa vie privée, de ses intérêts et de sa liberté.

Actuellement, ce code n'engage, hélas, vraiment que les membres de cette Société qui y conforment scrupuleusement leur conduite professionnelle. Toutefois, il doit servir à toute personne exerçant la fonction professionnelle de psychologue dans le service public.

1. Le titre de psychologue est obtenu après un minimum de 5 ans d'études supérieures spécialisées (8 ans pour les titulaires d'un Doctorat)

1 - RÈGLES ÉTHIQUES

1.0 - Dans l'exercice de sa profession, le psychologue s'interdit tout acte ou toute parole portant atteinte à la dignité de la personne humaine.

1.1 - Le psychologue agit dans une société qui possède nécessairement des normes éthiques explicites ou implicites. Dans l'exercice de sa profession, celles-ci se présentent à lui comme des éléments subjectifs de la situation. En toutes circonstances il se réfère à l'éthique de sa profession de psychologue, en particulier s'il rencontre des conflits ou des difficultés d'interprétation de ces normes.

1.2 - Il est conscient de la nécessité d'être objectif et circonspect, en particulier quand son action fait intervenir des notions relatives telles que : normal, anormal, adapté, désadapté, etc., appliquées aux personnes et aux rapports inter-professionnels.

2 - SECRET PROFESSIONNEL

2.0 - Comme tous ceux qui sont susceptibles, à l'occasion de leur activité professionnelle, d'être mis au courant de secrets concernant les personnes physiques ou morales, le psychologue est soumis à la règle du secret professionnel.

2.1 - Cette règle doit s'appliquer dans des conditions analogues à celles qui sont définies par l'article 378 du Code pénal.

2.2 - En particulier, il est rappelé que le secret doit s'étendre, dans le domaine privé des personnes, à tout ce que le psychologue « a vu, entendu ou compris » au cours de sa pratique ou de ses recherches.

2.3 - Le secret doit être sauvegardé aussi bien dans les paroles que dans la conversation et la diffusion des documents. Le psychologue doit faire en sorte que les documents issus de son travail (conclusions, comptes-rendus, rapports, exposés, etc.) soient toujours rédigés, présentés et classés de manière que le secret soit sauvegardé.

2.4 - En dehors des cas d'obligation légale, le psychologue ne peut être délié de son secret par quiconque, pas même par ceux que ce secret concerne.

3 - RESPECT D'AUTRUI

3.0 - Le psychologue doit s'interdire tout acte ou toute parole susceptible de nuire aux personnes physiques ou morales dont il s'occupe professionnellement. Chaque fois qu'il le peut, il les aide dans les limites de sa compétence pratique.

3.1 - A fortiori, le psychologue ne doit pas employer ses moyens professionnels pour s'assurer des avantages personnels nuisibles à autrui.

3.2 - Le psychologue doit se garder de restreindre l'autonomie d'autrui

et, en particulier, ses possibilités d'information, sa liberté de jugement et de décision.

3.3 - Lorsque le psychologue, dans son activité professionnelle, se trouve en présence d'intérêts divergents, il oriente ses interventions de façon à éviter de nuire à l'une quelconque des parties en cause.

3.4 - Le psychologue doit prendre garde aux conséquences directes et indirectes de ses interventions, et entre autres à l'utilisation qui pourrait en être faite par des tiers.

4 - PRATIQUE SCIENTIFIQUE

4.0 - Tout psychologue, quelle que soit sa spécialité (recherche, pratique, enseignement), doit s'informer constamment des progrès touchant sa discipline. Il en tient compte dans son travail et s'efforce de concourir à ces progrès. Il doit donc accepter toutes les règles, exigences et sujétions qu'imposent les travaux scientifiques.

4.1 - Tout psychologue s'attache à rechercher et à appliquer des critères et des méthodes scientifiquement communicables et contrôlées, limitant ainsi le recours aux principes d'autorité.

4.2 - Selon les usages scientifiques, il prend soin de communiquer son savoir de façon aussi complète que possible, dans un esprit d'exactitude et de véracité.

5 - AUTONOMIE TECHNIQUE

5.0 - Le psychologue doit assurer son autonomie dans l'usage de ses techniques.

5.1 - Il doit refuser tout engagement que l'état présent des techniques ne lui permet pas d'assumer.

5.2 - Il ne laisse pas à des non psychologues le soin et la responsabilité du choix des méthodes qu'il emploie.

6 - INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE

6.0 - Le psychologue ne doit pas accepter des conditions de travail qui porteraient atteinte à son indépendance professionnelle, c'est-à-dire qui l'empêcheraient d'appliquer les principes déontologiques énoncés dans le présent code.

6.1 - Il doit faire respecter son indépendance professionnelle quelle que soit sa position hiérarchique dans sa situation de travail.

6.2 - Chaque psychologue a le devoir de soutenir ses confrères dans la défense de leur indépendance.

7 - ÉTHIQUE INTERNATIONALE

(Adoptée en Assemblée Générale le 8 mai 1976)

7.0 - Le psychologue condamne l'utilisation des notions de « normal » et de « pathologique » à des fins répressives dans le domaine politique et social, dans quelque pays que ce soit.

LES EXCEPTIONS AU SECRET PROFESSIONNEL

Tout psychologue, en tant que citoyen, se trouve néanmoins soumis aux clauses d'exception de l'article 378 du Code pénal, qui lui donne l'autorisation, et même lui fait obligation, de « se porter dénonciateur » dans certains cas.

La loi française oblige tout citoyen

1. à dénoncer une tentative de crime ou un crime dont il est témoin (article 302 du Code pénal),
2. à faire obstacle à toute infraction dont il peut être témoin (articles 62 et 63 du Code pénal).

A propos de mineurs en danger ou de mauvais traitements à enfant, la loi fait obligation de dénoncer les sévices : « Sera puni des mêmes peines celui qui, ayant connaissance de sévices ou privations infligés à des mineurs de 15 ans, n'en aura pas, dans les circonstances définies à l'alinéa ajouté par la loi n° 71-446 du 15 juin 1971, informé les autorités administratives chargées des actions sanitaires et sociales. »

Il y a de ce fait :

— *obligation* de dénoncer les sévices à l'autorité sanitaire et sociale, mais pas nécessairement à la justice,

— *possibilité* de témoigner en justice et de dénoncer les sévices.

LA MORALE DES PARENTS

Nous aimerions clore cet ouvrage en faisant le point sur la question de la morale des parents eu égard aux droits de l'enfant et de l'adolescent dans le monde actuel.

La notion de droit de l'enfant est, par rapport à la *Déclaration des droits de l'homme*, très récente, puisque c'est en 1919 que fut créé, dans le cadre de la Société des Nations, le *Comité de protection de l'enfance*. Avant cela, chaque Etat, et donc chaque parent, était souverain en matière de droits de l'enfant.

Quelques années plus tard, le 26 septembre 1924, l'assemblée de la

Société des Nations adoptait, à Genève, une véritable Déclaration sur les droits de l'enfant. Hélas, la guerre mondiale éclata et, pendant de longues années, la Société des Nations fut impuissante à faire appliquer ces droits. Il fallut attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour que soit signée, le 26 janvier 1945 à San Francisco, la charte des Nations-Unies. Cette charte n'entra d'ailleurs pas en vigueur tout de suite : il fallut attendre encore que le Conseil économique et social de l'O.N.U. reprenne en 1946 les termes de la déclaration de Genève.

Deux ans plus tard, le 10 décembre 1948, l'Assemblée générale de l'O.N.U. approuvait la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui précise que la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale (article 2532).

Pourtant, rien n'était encore joué sur le plan juridique. Les travaux furent d'ailleurs suspendus au sein de la communauté internationale, pour attendre la mise au point de deux autres conventions concernant les droits civils et politiques d'une part, les droits économiques, sociaux et culturels d'autre part.

En 1957, la Commission des droits de l'homme du Conseil économique et social envisageait d'adopter une déclaration des Droits de l'enfant qui soit directement liée à la Déclaration universelle des droits de l'homme. Les discussions furent vives, complexes et animées, car il fallait soumettre cette déclaration aux 21 Etats membres de l'O.N.U. Certains pays affirmèrent qu'une convention légale serait préférable à une convention morale et de pur principe.

D'où la rédaction d'une autre déclaration qui sera, elle, définitivement approuvée le 19 octobre 1959 par la Troisième commission de l'Assemblée générale de l'O.N.U.

Finalement, *le 20 novembre 1959*, l'Assemblée générale des Nations-Unies approuve la *Déclaration des droits de l'enfant* à l'unanimité de ses soixante dix-huit pays membres.

C'est le texte intégral de cette Déclaration que nous publions ci-après.

Précisons néanmoins ceci : selon cette déclaration, tous les enfants doivent bénéficier d'une « *protection spéciale... afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale.* » Tous ont droit, dès leur naissance, à un nom, une nationalité, une éducation gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires. Tous ont le droit au secours, à l'hygiène, aux soins que nécessite leur état ou leur situation ; tous ont le droit de jouer au lieu de travailler dès l'âge de cinq ans dans les mines ou les filatures.

Deux autres pactes furent adoptés par l'Assemblée générale le 16 décembre 1966, et une convention sur l'élimination de toute forme de discrimination raciale entra en vigueur le 4 janvier 1969.

Notons quand même l'incroyable lenteur de cette formidable machinerie internationale : la convention sur l'élimination des formes de discrimination à l'égard des femmes (et donc des mères de famille) n'entra en vigueur

que le 3 septembre 1981 !!!

Mais revenons à l'enfant. 1979 fut proclamé *Année internationale de l'enfant.* Tous les pays du monde furent à cette occasion encouragés à revoir leur programme pour la promotion du bien-être de l'enfant. 1979 marqua le 20ème anniversaire de la Déclaration des droits de l'enfant.

La Pologne se distingua par son esprit d'entreprise et communiqua à l'Office des Nations-Unies (Genève) un nouveau projet de convention relatif aux droits de l'enfant, qui, cette fois, aurait force de loi.

Ce projet sert actuellement de base aux discussions, et le Conseil économique et social a créé un groupe de travail chargé d'étudier la future convention.

Le but est d'inviter les parents, les hommes et les femmes, ainsi que les organisations bénévoles, les autorités locales, et bien sûr les gouvernements, à reconnaître, *non seulement en droit mais en fait,* les principes qu'elle énonce afin d'en assurer le respect.

Actuellement, nous en sommes là. Etant donné que l'Assemblée Générale recommande à tous (gouvernements, institutions, organisations, personnalités...) de donner la plus large publicité au texte de la DÉCLARATION DES DROITS DE L'ENFANT, et d'utiliser tous les moyens possibles pour en faire connaître le texte, nous vous proposons, pour finir, le texte intégral de cette Déclaration, adoptée une première fois par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 20 novembre 1959 ; adoptée et complétée le 20 novembre 1989.

DÉCLARATION DES DROITS DE L'ENFANT

« 1. L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille.

2. L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante.

3. L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité.

4. L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale. Il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine ; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats.

5. L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.

6. L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle ; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère. La société et les pouvoirs publics ont le devoir de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas de moyens d'existence suffisants. Il est souhaitable que soient accordées aux familles nombreuses des allocations de l'Etat ou autres pour l'entretien des enfants.

7. L'enfant a droit à une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires. Il doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale et lui permette, dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société.

L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le guide de ceux qui ont la responsabilité de son éducation et de son orientation ; cette responsabilité incombe en priorité à ses parents. L'enfant doit avoir toutes possibilités de se livrer à des jeux et à des activités récréatives, qui doivent être orientés vers les fins visées par l'éducation ; la société et les pouvoirs publics doivent s'efforcer de favoriser la jouissance de ce droit.

8. L'enfant doit, en toutes circonstances, être parmi les premiers à recevoir protection et secours.

9. L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation. Il ne doit pas être soumis à la traite sous quelque forme que ce soit. L'enfant ne doit pas être admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié ; il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuise à sa santé ou à son éducation, ou qui entrave son développement physique, mental ou moral.

10. L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale, à la discrimination religieuse ou à toute autre forme de discrimination. Il doit être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables. »

LEXIQUE DES MOTS ET EXPRESSIONS USITÉS

5

A

Abréaction. - On dit d'un enfant qu'il « abréagit » lorsqu'une décharge émotionnelle, une sorte de « défoulement », se manifeste en psychothérapie et qu'il se libère de souvenirs, d'impressions, d'images qui le font souffrir. Quand un enfant joue à la guerre, une certaine abréaction de son **agressivité** s'associe à la répétition d'un scénario qu'il invente.

Acte. - L'acte professionnel permet au psychologue exerçant dans le cadre hospitalier d'indiquer à la Sécurité sociale le coût d'un soin pratiqué, sans le désigner expressément. La notation d'un acte comporte la lettre-clé et le coefficient attribué par la nomenclature. Exemples : C désigne une consultation ; K.20 est la valeur d'une passation d'un test de Rorschach ; K.16 note le W.I.S.C. et le T.A.T.

Acte manqué. - C'est une erreur, un oubli, une maladresse, le ratage d'une action que l'on aurait voulu réussir. On croit souvent que l'acte manqué est dû à l'inattention ou au hasard. Il a, en fait, une signification inconsciente : si vous oubliez votre parapluie chez quelqu'un, cela vous donne l'occasion de retourner chez cette personne. Si cet objet vous a été offert par quelqu'un que vous n'aimez guère, l'oublier quelque part vous permet de vous en débarrasser. Méfiez-vous, si vous êtes préoccupé, des *actes manqués* en voiture !

« Acting ». - Terme anglais, utilisé par les psychologues, signifiant **passage à l'acte.** Une fugue* est un passage à l'acte, se substituant à une parole qui n'a pu être dite. C'est souvent un appel à l'aide.

Affect. - Signifie émotion ou sentiment. En psychothérapie, le *transfert d'affect* est le report de sentiments anciens sur la personne du psychologue. Chez l'enfant comme chez l'adulte, certains affects refoulés peuvent susciter un symptôme ou un trouble grave.

Age mental. - C'est l'âge correspondant à l'intelligence d'une personne. Il se distingue de l'âge réel (celui de l'état-civil) et de l'âge physique (celui du développement corporel).

Agressivité. - L'agressivité est l'expression d'une violence naturelle à l'homme et à l'animal. Mais il faut distinguer entre l'hostilité et le sadisme*. Aussi bizarre que cela paraisse, l'agressivité peut exprimer parfois chez certaines personnes sinon de l'amour, du moins un attachement profond à la personne visée.

Ambivalence. - C'est la présence en soi de sentiments opposés. Dans le même mouvement, une mère peut, par exemple, éprouver de l'amour et du ressentiment pour son enfant. L'ambivalence affective est une sorte de bataille qui fait rage à l'intérieur de soi. Il est bon de découvrir les composantes du **conflit** si l'on ne veut pas vivre en étant soi-même partagé en permanence.

Amnésie. - Chez l'enfant (comme chez nous tous) c'est l'oubli de ce qui est arrivé au cours des premières années. L'amnésie est un phénomène normal. Plus tard, quand le système nerveux est définitivement constitué, l'oubli est plus électif. Certains souvenirs sont « amnésiés », d'autres non.

Anaclitiques. - Ce terme signifie « prendre appui sur ... » Les relations anaclitiques sont caractéristiques de personnes incapables de vivre seules, sans l'aide de quelqu'un ou de quelque chose servant d'appui ou de béquille. Cela dit, une relation anaclitique normale existe entre un nourrisson et sa mère pendant les premiers mois de la vie.

Aptitude au travail. - Un psychologue peut avoir à apprécier, par un entretien clinique ou l'usage de **tests,** la compatibilité d'une activité professionnelle avec l'intégrité de certaines fonctions.

Un psychologue du travail donne généralement son avis lors d'un entretien d'embauche, mais il peut aussi intervenir pour apprécier par exemple l'impact d'une dépression* sur une activité professionnelle. Il peut donc lui arriver d'évaluer l'aptitude d'une personne à un certain type de travail.

Association. - En psychothérapie, un enfant « associe » souvent une scène qu'il a vécue avec un sentiment, un souvenir ou un rêve. Les *associations libres* sont l'ensemble des idées, des images, des émotions, qui surgissent chez l'enfant au cours des séances pendant le traitement.

Auto-érotisme. - C'est l'ensemble des satisfactions que l'enfant se procure seul. L'auto-érotisme est une phase normale du comportement de l'enfant, et il s'exprime par l'acte de sucer son pouce ou par des chatouilles, des caresses, des attouchements qu'il se fait à lui-même. L'activité auto-érotique la plus connue est la masturbation. Elle se manifeste surtout à l'adolescence, mais il faut savoir qu'il existe une « masturbation primaire » qui s'exprime dès la première année de la vie.

B

Bénéfices secondaires d'une maladie. - Bien que cela paraisse bizarre, maladie et symptômes peuvent apporter des « bénéfices inconscients » qui consistent en satisfactions indirectement tirées de la maladie. Certaines personnes fuient dans la maladie ou se réfugient en elle, notamment certains adultes très *actifs* qui peuvent alors se laisser **materner,** chouchouter, quand ils sont malades. La maladie rend possible l'expression de désirs enfouis, et constitue parfois un gain affectif (primaire ou secondaire) selon « l'utilisation » qu'un sujet fait de ses symptômes. Certains bénéfices inconscients vont même jusqu'à mettre en échec le désir de guérir.

Bilan diagnostique. - Etabli par le psychologue, il comprend un examen clinique et la passation de **tests** (psychométriques et projectifs).

Bisexualité psychique. - Tout être humain possède en lui, par **identification** à son père ou à sa mère, des dispositions psychologiques inconscientes, à la fois masculines et féminines. Cette caractéristique psychologique ne doit pas être confondue avec l'homosexualité* réelle qui est la mise en acte de cette bisexualité psychique.

C

Ça (le). - Ce terme désigne tout ce qu'il y a de **pulsionnel** et d'**inconscient** en l'être humain. A partir de la « marmite originelle » où bouillonnent des forces inconnues et une énergie psychique intense, se constitue peu à peu la personnalité de l'enfant.

Caractériel. - Un enfant caractériel* présente des troubles du comportement : instabilité*, impulsivité, émotivité excessive... En fait, cet adjectif recouvre un grand nombre de perturbations qui ne relèvent ni d'une maladie (psychose* ou névrose*) ni d'un déficit intellectuel, sensoriel ou moteur.

Censure. - C'est une sorte de barrage intérieur ayant pour but de caviarder les désirs et les **fantasmes** choquant la conscience et la bienséance. Tout enfant normal se censure, et c'est grâce à cela que se constitue sa conscience morale. Pour vigilante et perspicace qu'elle doit être, celle-ci n'a pas à devenir tyrannique ; sinon, des troubles apparaissent...

Compensation. - Une infériorité (réelle ou imaginaire) suscite parfois des réactions de compensation exagérées. Les adolescents se trouvent quelquefois des défauts qu'ils n'ont pas. On parle alors de compensation de quelque chose qui est vécu comme une infériorité physique dans un domaine valorisé intellectuellement, la scolarité le plus souvent. Certains critiques ont dit de Sartre, laid mais intelligent, qu'il avait *compensé* sa disgrâce physique en écrivant des ouvrages.

Complexe (un). - L'expression *avoir des complexes* a été galvaudée. En fait, un complexe est un ensemble d'images, d'idées, de souvenirs et de représentations inconscientes isolées, qui pousse quelqu'un à agir de telle ou telle manière.

Nous pensons aujourd'hui que le **complexe d'Œdipe** et le **complexe de castration** ont une valeur structurante dans le développement affectif de tout être humain. La conception selon laquelle ce complexe serait universel, c'est-à-dire ne concernerait pas seulement les cultures où dominent le père et la mère, a été contestée par les ethnologues. Quoi qu'il en soit, dans tous les pays industrialisés, et en Europe en particulier, ce complexe joue un rôle essentiel dans le développement de la personnalité.

Complexe de castration. - Chez le petit garçon, ce **complexe** se manifeste le plus souvent par la crainte de perdre son sexe ou par la peur qu'on le lui coupe. L'angoisse* (dite de castration) a souvent été renforcée par les menaces souvent réelles du père ou de la mère. Ce complexe s'exprime parfois par la peur d'aller chez le coiffeur, par la crainte que les branches d'un arbre soient coupées, etc. Freud était convaincu que chez la fille l'absence de pénis était ressentie comme un manque, voire une punition qu'elle chercherait à nier ou à dépasser. Cette conception de la femme comme étant un mâle castré est très controversée (pas seulement par des psychanalystes femmes).

Complexe d'Electre. - C'est l'équivalent chez la fille du complexe d'Œdipe.

Complexe d'Œdipe. - C'est l'expression des désirs amoureux du petit garçon pour sa mère. A cela s'adjoint le désir plus ou moins déguisé d'évincer le père. La résolution du complexe d'Œdipe est le dépassement de la rivalité envers le père. Une autre femme que la mère devient objet d'amour. L'*Œdipe inversé* est, au contraire, l'amour pour le parent du même sexe. Ces deux formes sont normales dans le développement de l'enfant.

Il est curieux que Freud et ses disciples aient fait si peu de cas de l'abandon initial d'Œdipe. La violence initiale, dans *Œdipe-roi* de Sophocle est le fait de Laïos et de Jocaste, les parents. Œdipe est délaissé par eux et le psychanalyste Georges Devereux a fort bien montré que les parents projetaient sur leurs enfants leur propre violence.

Compulsion. - C'est une force qui pousse certains êtres à accomplir de façon irrépressible une action contre leur gré. Cette contrainte qui s'impose contre la volonté fait souffrir celui qui en est la proie. La compulsion de répétition est à l'origine de névroses* **obsessionnelles** chez les adolescents.

Conflit. - C'est l'opposition de désirs, de sentiments ou d'exigences contraires. Les conflits graves peuvent conduire à la formation de symptômes. J'ai montré dans un essai[1] les effets désastreux des trois sortes de conflits existants :
— les conflits *structurés* : ceux qui se répètent sans cesse ;
— les conflits *déstructurants*, conduisant au suicide, à la destruction, à la folie ;

1. Lorin (Claude), *L'Inachevé* (Paris, Grasset, 1984).

— les conflits *structurants*, inhérents à chacun de nous, et qui conduisent en revanche à l'invention et à la création.

Le contre-transfert. - C'est l'ensemble des sentiments, des croyances, des **fantasmes** et des comportements d'un psychothérapeute réagissant à tout ce que dit, fait, ressent ou imagine la personne qu'il soigne. En analysant ce qu'il éprouve, sent et pense au plus profond de lui, un psychothérapeute peut interpréter le sens inconscient du symptôme dont souffre l'enfant.

Cure ambulatoire. - Ambulatoire veut dire sans hospitalisation. L'enfant chez qui un trouble a été observé lors d'un examen psychologique peut être suivi en *cure ambulatoire* dans un centre de soins. La cure consiste en consultations, une ou deux fois par semaine, pendant une période déterminée par le soignant, l'enfant et ses parents.

D

Débilité. - C'est un retard mental important. Les débiles sont classés en trois catégories :
— les *débiles profonds*, dont le Q.I. est inférieur à 30 ;
— les *débiles moyens*, dont le Q.I. est compris entre 30 et 50 ;
— les *débiles légers*, dont le Q.I. est compris entre 50 et 70.

Les D.D.A.S.S. - Ce sont les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales, placées sous l'autorité d'un préfet, et dirigées par un haut fonctionnaire du ministère de la Santé. Leur mission est double :
— prophylaxie des maladies, surveillance et action sanitaire ;
— aide sociale en faveur de l'enfance, des personnes handicapées (physiques et mentales), des personnes âgées, des travailleurs migrants.

La D.D.A.S.S. prépare des plans régionaux d'équipement sanitaire et social, participe aux travaux de la Commission régionale de coordination des établissements privés de soins, et elle contrôle les Institutions sociales départementales, dans le domaine de l'Enfance inadaptée. Elle est chargée de l'inspection administrative et financière des Etablissements sanitaires et sociaux.

La D.D.A.S.S. forme ou recrute, avec le Médecin-Inspecteur régional de la Santé, le personnel exerçant sous son égide et organise des concours hospitaliers.

Les défenses. - C'est l'ensemble des façons dont nous nous protégeons contre nos désirs, nos souvenirs, nos **fantasmes** et nos **pulsions.**

On parle de *mécanismes de défense* quand notre **Moi** doit déjouer un plaisir interdit (Voir **Rationalisation, Déni, Intellectualisation, Projection**).

Déni de la réalité. - Déni veut dire refus des exigences que nous impose la réalité. C'est un mécanisme pathologique caractéristique de troubles (tels que le fétichisme*, les perversions, etc.).

Dépendance. - C'est l'état dans lequel, dès les premiers jours, un nouveau-né se trouve par rapport à sa mère pour la satisfaction de ses besoins vitaux.

L'état de dépendance s'accompagne d'un sentiment d'impuissance en dépit de l'incontestable « compétence » du nourrisson. Cette dépendance matérielle et psychologique est naturelle mais elle s'estompe à l'adolescence.

Déplacement. - On parle de « déplacement » d'une émotion quand celle-ci se trouve déchargée sur un autre objet, une autre représentation ou un autre **symbole.** Des émotions qui occupent l'esprit d'une personne peuvent se trouver déplacées sur des détails : les rêves, les symptômes sont l'objet de nombreux déplacements d'images mentales. Raison pour laquelle on n'en comprend pas d'emblée le sens profond.

E

Éducation spéciale. - Elle associe la consultation psychologique à l'action médicale ou sociale. L'article 4 de la Loi d'orientation (1975) précise qu'elle peut être poursuivie après l'âge correspondant à la scolarité obligatoire.

Égoïsme. - Ce trait de caractère peu apprécié consiste à ne s'intéresser qu'à soi. A ne pas confondre avec le narcissisme*, essentiel et nécessaire dans le développement de votre enfant. Le fait de s'aimer soi-même n'est nullement incompatible avec celui d'aimer et d'apprécier les autres. Il est au contraire absolument nécessaire.

Envie du pénis. - Freud accorde une place importante à « l'envie du pénis chez les filles ». Il s'agirait du désir de posséder, comme le garçon, un pénis, et cela se traduirait dans le caractère par une sorte de ***complexe de masculinité*** et de ressentiment à l'égard des femmes en général. Des psychanalystes renommés (Ernest Jones, Mélanie Klein, Karen Horney) ont discuté le bien-fondé de cette hypothèse que Freud s'est acharné à défendre.

Éros. - Nom du dieu grec de l'Amour. Nous parlons d'Éros pour désigner l'ensemble des **pulsions** de vie et d'amour qui unifie les hommes et maintient la cohésion de tout ce qui est vivant. Thanatos s'oppose à Éros, en représentant sinon la pulsion de mort du moins la discorde qui divise et détruit.

F

Familles d'accueil. - Ce sont des familles choisies par une équipe de placement spécialisé afin d'accueillir un « enfant à problèmes ». Ceux qui se proposent de constituer une famille d'accueil subissent préalablement un examen psychologique établissant qu'ils ne sont atteints d'aucun trouble psychique susceptible d'affecter l'enfant dont ils auront la charge.

Fantasme. - Tout le monde a des fantasmes, c'est-à-dire des scénarii conscients ou inconscients. En psychothérapie, un enfant peut découvrir le fantasme sous-jacent à un symptôme ou à un **passage à l'acte.** Le fantasme inconscient, comme le **rêve diurne,**

est intimement lié au désir et au souvenir d'une expérience ou d'une frustration*.

Souvent l'enfant est présent dans le scénario qu'il imagine, mais les rôles qu'il s'attribue restent inconscients. Les fantasmes originaires les plus enfouis sont :
— le fantasme traduisant le désir de retourner à l'état de béatitude supposée qui est celui de la vie intra-utérine ;
— le fantasme de « la scène primitive », renvoyant à l'image des parents faisant l'amour et à l'inquiétude, voire à des traumatismes, que cette scène suscite dans l'esprit des tout-petits, surtout s'ils assistent réellement à une scène amoureuse.

Fixation. - On dit parfois « faire une fixation », c'est-à-dire être rivé à une personne, un objet ou une situation. Le fait d'être attaché de façon excessive à une personne empêche le sujet d'évoluer et de grandir. Les fixations jouent un rôle dans l'organisation de certains troubles psychologiques.

La forclusion. - C'est le rejet violent d'une représentation insupportable, ainsi que des sentiments qui y sont liés. Ce mécanisme, plus ravageur que le banal **refoulement,** maintient l'enfant hors de l'univers symbolique du langage. Il est à l'origine de certaines hallucinations*.

Frustration. - Tout obstacle à la satisfaction d'une demande, d'un désir ou d'un besoin est ressenti comme une frustration. Il est essentiel de ne pas répondre à toutes les exigences d'un enfant, surtout celles qui relèvent du caprice, et d'être capable de dire **non** à bon escient. Les frustrations sont indispensables à la maturation de l'esprit de tout individu.

Fuite dans la maladie. - Certaines personnes trouvent dans un symptôme ou une maladie somatique le moyen d'échapper à une difficulté à laquelle elles n'osent faire face. La maladie leur sert d'alibi.

G

Guidance. - On utilise ce terme provenant de l'anglais dans l'expression *Centre de Guidance infantile*. En centre de Guidance, précisons-le, les consultations ont plus le sens d'un soutien psychologique que celui d'une orientation destinée à « guider » l'enfant vers tel ou tel choix scolaire ou professionnel.

H

Handicap. - Les enfants handicapés souffrent de troubles qui peuvent être soit *physiques* (sensoriels ou moteurs), soit *mentaux* (troubles psychologiques, affectifs, arriération, **débilité**) et qui peuvent être atténués ou renforcés par l'environnement familial ou social. Certains handicaps sont parfois associés : un enfant psychotique* peut également être atteint de troubles moteurs, de cécité ou de surdité.

Hospitalisme. - C'est l'ensemble des troubles physiques et psychologiques suscités chez un nourrisson par une carence* affective ou une séparation prolongée, en raison de l'hospitalisation de la mère ou du tout-petit. L'absence d'un lien affectif puissamment établi provoque chez certains enfants un retard intellectuel ou corporel, une baisse des défenses immunitaires favorisant l'apparition de maladies. Les enfants souffrant d'hospitalisme sont généralement plus vulnérables que les autres.

L'idéal du moi. - C'est une sorte d'idole intérieure, liée au narcissisme* de l'enfant, puis à ses parents qu'il imagine idéaux. L'idéal du **Moi** suscite chez l'adolescent la fascination amoureuse, la soumission à l'autorité, l'engagement social, politique ou moral. L'idéal sert aussi à se dépasser soi-même.

Idéalisation. - Processus grâce auquel une personne aimée paraît parfaite. Cette adulation est caractéristique de l'état d'exaltation amoureuse de tout enfant à l'égard de ses parents, ou, chez l'adolescent, de la naissance d'une passion. L'être idéalisé est d'autant plus grandi dans l'imagination d'un adolescent qu'il est traité comme la pure réplique de son image à lui.

Identification. - Tout enfant s'identifie initialement à sa mère, puis à son père, en s'appropriant en partie leurs sentiments, leurs désirs, leurs croyances, leurs **fantasmes** et certains de leurs comportements. La personnalité d'un enfant s'élabore grâce à l'appropriation des qualités et des défauts de ses parents. Il s'agit d'une sorte d'imitation.

L'identification au psychothérapeute, dans un traitement, permet à l'enfant de se délier de ses identifications gênantes, voire pathologiques, qui entravent sa vie.
— L'identification *primordiale* est l'identification à la mère.
— L'identification *primaire* est l'identification au père.
— Les identifications *secondaires* sont relatives aux grands-parents, oncles, tantes, puéricultrices, instituteurs, éducateurs qui se sont occupé de l'enfant.

Inceste (tabou de l'). - Grâce aux médias, l'inceste « *parent-enfant* » est dénoncé plus facilement qu'autrefois. Reste à savoir si l'information et les récits-témoignages, notamment de jeunes filles violées par leur père, permettent de réduire réellement le nombre d'inceste dans notre société.

Les tabous ont souvent été considérés comme néfastes. Il faut pourtant savoir que le tabou de l'inceste (portant sur les relations parent-enfant, mais aussi frère et soeur) est pratiquement universel. Cela veut dire que toutes les sociétés civilisées interdisent les relations sexuelles parents-enfants. Il n'y a pas d'explication biologique à cela car certains animaux pratiquent l'inceste. La raison est culturelle : tout enfant, en vertu de la Loi d'exogamie, doit avoir des relations sexuelles avec une personne autre que son père, sa mère, ses frères et soeurs. Parfois, cette Loi s'étend aux cousins, cousines, beau-père, belle-mère. En Angleterre, sous le règne de la reine Victoria, on considérait même comme tabou le mariage d'un homme avec la soeur de sa femme décédée. Le *Code Pénal* punit l'inceste comme toute autre forme

« *d'attentats aux moeurs* ». Le sujet encourt la réclusion criminelle à perpétuité.

L'inceste, quand l'interdit n'est pas respecté, crée des troubles psychologiques importants chez l'enfant. Troubles graves du caractère, comportement sentimental et sexuel perturbé conduisant parfois à la délinquance et à la prostitution, névroses d'angoisse aiguës, tentatives de suicide, etc.

Nous savons que l'inceste « père-fille » est plus fréquent que l'inceste « mère-fils ». Les relations incestueuses sont plus rarement de type homosexuel.

On a longtemps cru que l'inceste était plus fréquent dans les milieux ruraux, parmi les gens de niveau intellectuel très bas, parfois qualifiés de « dégénérés », ou dans les centres urbains surpeuplés. Cela semble faux. Il se trouve que dans les classes aisées, et parmi les sujets intellectuels et cultivés, l'inceste est dissimulé avec ruse, plus rarement découvert et poursuivi. Cela reste un secret. On s'est attaché à décrire les pères incestueux comme des attardés agissant sous l'effet de l'alcool. Or, dans la plupart des cas (60 à 85 %), leur niveau intellectuel est normal, et ils sont parfaitement conscient de leurs actes.

On trouve par contre des troubles profonds dans l'organisation de la personnalité, au point que certains pères incestueux revendiquent l'inceste comme un *droit naturel* (!) et fuient leur responsabilité morale. Il s'est trouvé des pères, lors de certains procès, pour oser affirmer que leur « *initiation sexuelle* », faite avec « tendresse » (!), avait été préférable aux brutalités que subissent certaines filles avec des jeunes gens inconnus.

Précisons enfin que, dans les familles où le *tabou de l'inceste* n'est pas respecté, les relations fautives peuvent avoir lieu avec une fille aînée, puis avec les suivantes. Il n'est pas rare que les mères, dans ces situations, ferment les yeux, se taisent, et soient, directement ou non, complices.

Notons pour finir que les enfants nés d'unions incestueuses présentent des déficits d'ordres divers, au même titre que les enfants victimes d'agressions. D'après une étude déjà très ancienne (1974), sur dix-huit enfants de l'inceste, sept seulement furent reconnus normaux.

Au Japon, et dans les démocraties du Nord (Suède, Danemark, Finlande), l'avortement légal est prévu pour les grossesses résultant de l'inceste et du viol. En France, outre la période normale des dix premières semaines, l'avortement dit « thérapeutique » est possible dans le cadre de la législation en cours.

L'inconscient. - C'est l'ensemble des représentations mentales et des **pulsions** qui échappent à la conscience actuelle d'un individu.

L'analyse des rêves est l'un des moyens d'accéder à la découverte des désirs inconscients, presque toujours déguisés. Le ÇA est l'autre nom de l'inconscient.

L'instinct. - Les comportements déclenchés par instinct sont induits par une force **pulsionnelle** innée. Le caractère indéterminé de l'instinct chez l'homme a été souligné, ainsi que la contingence des êtres susceptibles de le satisfaire. L'instinct de vie permet aux personnes déprimées* d'affronter et de surmonter les épreuves de l'existence.

Intellectualisation. - Manière particulièrement « raisonnable », abstraite et rationnelle d'exprimer des émotions ou des sensations. L'intellectualisation permet souvent de ne pas s'impliquer sur le plan affectif et de dissimuler ce que l'on éprou-

ve pour quelqu'un. Rendre tout rationnel permet au cérébral de tenir à distance ce qu'il ressent dans une situation donnée.

Interprétation. - L'interprétation, en psychothérapie analytique, est notre principal outil de travail. C'est une explication donnée à l'enfant, dont le but est de déjouer les ruses du désir qui se cache et se révèle dans le jeu, les rêves, les souvenirs, les dessins, les **associations** ou les récits.

Interpréter consiste à communiquer à l'enfant ce que l'on a compris de ses désirs inconscients. L'interprétation dégage des apparences d'un récit, ou d'un rêve, sa signification cachée. Quand le sens caché d'un symptôme (comme par exemple, faire pipi au lit chaque nuit chez son père, et jamais chez sa mère) est interprété avec justesse, l'énurésie* disparaît. Question non de magie, mais de technique. A ne jamais utiliser de façon « sauvage » en dehors de la cure.

Intersecteur de psychiatrie. - Vous ne pouvez pas consulter pour votre enfant n'importe où. Dépendent de votre Intersecteur :
— les soins en Centre de Guidance,
— l'hôpital de jour,
— le Service de psychologie médicale à l'hôpital ou au dispensaire.

L'objectif de la « sectorisation » est la prévention et les soins des troubles psychologique chez l'enfant. Le secteur est un découpage géographique. Vous pouvez vous renseigner pour savoir de quel dispensaire ou hôpital vous dépendez.

L'introversion. - L'introverti est un individu renfermé. Chez l'adolescent, l'introversion se manifeste par une attitude réservée, une timidité*, un retrait.

L'*extraversion*, au contraire, est synonyme de caractère expressif et enjoué.

J

Journée (prix de). - Dans un établissement de soins agréé, le prix de journée est l'ensemble des frais de consultation, des dépenses médicales, paramédicales et pharmaceutiques. C'est le prix de revient des dépenses faites pour chaque patient, totalement prises en charge par la Sécurité sociale.

Jugement critique. - C'est l'acte de conscience par lequel votre enfant maîtrise et réprime ses désirs. Le jugement s'oppose au **refoulement** de l'amour ou de l'**agressivité** qui s'impose à lui d'une façon violente involontaire, et le fait souffrir.

L

La lallation. - C'est le nom scientifique des gazouillis du nouveau-né, constitués de sons qui, comme le babillage, sont des réponses aux paroles de la mère. Un bébé peut produire quasiment tous les sons imaginables ; la lallation constitue une sorte de pré-langage.

Latence (période de). - Période qui va, grosso modo, de 6 à 14 ans, au cours de laquelle la tendresse prévaut sur les désirs sexuels. Apparaissent à cette période la pudeur et l'**amnésie** qui recouvrent les premières années. Freud croyait voir là le déclin du **complexe d'Œdipe** et un désintérêt pour la sexualité, ce qui est contesté par de nombreux auteurs ayant l'habitude d'observer les enfants. La période de latence sexuelle correspondrait à un renforcement du **refoulement** chez l'enfant.

Libres associations. - L'enfant livre - en psychothérapie - ses sentiments, ses pensées, ses craintes et ses **fantasmes**, quel que soit l'ordre dans lequel ils lui viennent à l'esprit. Ce coq-à-l'âne d'idées, de sentiments et d'images est de règle en psychanalyse. La liaison des **associations** d'idées doit être totalement libre.

Loi d'orientation. - Cette loi (du 30 juin 1975, n° 75-534), décret du 12 décembre 1975, précise les droits des personnes handicapées :
— le droit à l'instruction, c'est-à-dire l'obligation pour la nation d'éduquer et d'instruire les enfants handicapés ;
— le droit aux soins, c'est-à-dire l'obligation d'une certaine solidarité nationale ;
— le droit au travail, comme pour tout un chacun .

Les textes de cette loi précisent aussi l'orientation éducative et l'attribution d'allocations financières aux familles qui en font la demande.

M

Masturbation. - voir auto-érotisme.

Maternage. - Ce terme définit les soins que dispense une femme (mère, puéricultrice, nourrice, infirmière), qui fait preuve d'amour, de protection et de sollicitude envers un enfant. C'est une forme de psychothérapie réparatrice utilisée avec des enfants très carencés*. Le maternage vise à fournir des satisfactions réelles à l'enfant, dans la mesure où ses besoins fondamentaux n'ont pas été suffisamment pris en compte au début de sa vie.

Moi. - Le « moi » est l'élément conscient de la personnalité. Dans le développement psychologique de l'enfant, le MOI se distingue du ÇA (qui est inconscient) et du SURMOI (la **censure** morale) dont les impératifs sont liés aux interdits.

Le MOI entre parfois en conflit avec le ÇA et le SUR-MOI. Pour que cesse la souffrance, il faut que les désirs et les représentations **refoulés** parviennent à la conscience.

Le SOI (ou self) est la personnalité propre comprenant le ÇA, le MOI, le SURMOI.

Dans la mesure où le mot « Ich » utilisé par Freud a été traduit par « moi », au lieu de « je », le terme « je », souvent utilisé, n'a aucun sens dans la théorie freudienne. Les traductions posent énormément de problèmes. L'ouvrage de Ronald Laing, intitulé *The divided Self*, donne en français *Le Moi divisé* ; d'où certaines divergences de points de vue entre psychologues allemands, français et anglais...

N

Narcissisme. - C'est l'amour que tout enfant se porte à lui-même.
— Le narcissisme *primaire* désigne l'état où le nourrisson investit son amour sur lui-même.
— Le narcissisme *secondaire* est le retour sur l'enfant plus âgé de l'amour éprouvé pour ceux qu'il aime et dont il est aimé (parents, grands-parents, amis, institutrice...)

Neutralité. - Un psychothérapeute doit faire preuve, avec l'enfant, de neutralité. C'est-à-dire qu'il ne doit pas insuffler ses croyances religieuses, morales, sociales, politiques, ses idéaux ; il doit s'abstenir de tout conseil et maîtriser ses manifestations d'humeur, d'amour ou d'hostilité, envers son jeune patient. Il n'a ni à orienter l'opinion ni à diriger les sentiments d'un enfant. Toutefois, avec les enfants très angoissés*, très perturbés, il n'est pas toujours possible, ni même souhaitable, de faire preuve d'une neutralité absolue.

Le non. - L'accession au « non ! » permet à l'enfant de se distinguer des autres, et ainsi de se reconnaître comme être différent. Le non est la première acquisition conceptuelle de l'enfant, avant le oui. Avant de dire le mot, il secoue parfois seulement la tête en signe de refus, mais finit par accéder au monde du langage.

Le normal. - Il n'existe pas de définition simple du normal. Disons seulement que souvent le normal se définit par rapport à :
— un état de bien-être qui s'oppose à ce qu'une personne ressent comme étant une maladie ;
— une moyenne statistique des comportements, concernant la déviance et l'adaptation dans une société donnée.

O

Objet transitionnel. - Tout objet élu par un bébé pour s'endormir (ours en peluche, morceau de drap, de couverture, mouchoir ou chiffon qu'il suçote) est un objet transitionnel auquel il a recours pour s'endormir, ou lors de toute séparation.

L'objet permet à l'enfant d'effectuer une *transition* entre la relation passionnelle avec sa mère et une relation où celle-ci est perçue comme un sujet libre, indépendant.

Obsession. - Ensemble d'idées qui envahissent l'esprit d'un enfant et dont il n'arrive pas à se défaire. L'idée obsédante s'accompagne parfois d'un acte **rituel** que l'enfant se sent intérieurement obligé d'accomplir, comme par exemple se laver sans cesse les mains, vérifier la fermeture des portes, du gaz, de l'électricité... Ces actes et ces pensées conjuratoires, s'ils persistent, peuvent conduire à la névrose* obsessionnelle. Certains adolescents ont ainsi des pensées obsédantes se rapportant à Dieu ou à la mort et des ruminations mentales qui les font atrocement souffrir.

Œdipe. - voir **complexe d'Œdipe.**

Ontogénèse. - C'est l'histoire de l'individu et, plus précisément, de l'être humain à partir de son patrimoine psychologique et génétique.

L'ontogénèse se distingue de la phylogénèse désignant tout ce qui caractérise l'évolution des espèces.

L'épigénèse est l'intrication de l'ontogénèse et de la phylogénèse. Ce terme permet d'éviter le distinguo parfois absurde qui est fait entre l'équipement génétique de l'individu (l'inné) et l'action de l'environnement (l'acquis).

Organisateurs psychiques. - Les phases - essentielles à l'organisation de la personnalité de l'enfant, à sa maturation et à son développement - surgissent au cours des deux premières années. On les appelle « organisateurs psychiques ». Il y en a trois.

— *Premier organisateur* : le sourire. A partir de 2 mois, bébé sourit quand un visage s'approche du sien. Le sourire est essentiel ; il témoigne de l'organisation d'une relation à l'autre très privilégiée.

— *Deuxième organisateur* : l'angoisse du 8ème mois. Cette crainte des visages autres que celui de la mère témoigne de la capacité du bébé à distinguer spécifiquement sa mère des autres personnes qui s'occupent de lui.

— *Troisième organisateur* : le **Non.** L'accession au non permet à l'enfant de faire la distinction entre lui-même et sa mère. Ainsi sort-il de la fusion totale des désirs maternels et des siens propres.

P

Paradoxale (communication). - C'est une étrange manière de communiquer, consistant à adresser un double message à quelqu'un de telle sorte que la phrase énoncée soit en contradiction avec un geste, une mimique ou une intonation qui l'accompagne. L'expression « Fais ce que tu veux... », accompagnée d'une intonation menaçante ou d'un sous-entendu, est une forme banale de communication paradoxale, car l'enfant sent parfaitement qu'il ne peut pas faire ce qu'il veut, bien qu'il y soit engagé.

La communication paradoxale conduit, en famille, à toutes sortes de cafouillages, d'ambiguïtés, de méprises, et induit des troubles importants chez l'enfant. Ce dernier, placé de façon répétée dans une situation dont il ne peut se dégager, finit, pour répondre à ces messages, par dire ou faire des choses complètement incohérentes.

Passage à l'acte. - Il consiste, comme l'**acting,** à agir sous l'emprise d'un désir puissant et à mettre en scène un **fantasme** ou un souvenir traumatique. L'action impulsive (fugue*, délinquance par exemple) se substitue à l'explication en famille. Le fait de maltraiter un enfant est un passage à l'acte **agressif.**

Perlaboration. - Ce mot signifie « travail de réflexion intérieur ». Quand, dans une psychothérapie, un enfant, sous l'effet d'un déclic inconscient, *comprend* quelque chose ou se souvient d'un événement essentiel dans sa vie, on dit qu'il y a eu perlaboration.

La perlaboration fait souvent suite à une explication donnée à l'enfant. C'est elle qui est sinon le garant du moins l'indicateur de l'efficacité d'une psychothérapie, dont l'enfant veut comprendre les changements qu'elle produit en lui.

Phallique (femme). - Une femme phallique est virile, autoritaire, péremptoire, revendiquante et discréditante à l'égard des hommes. En famille, les mères phalliques (ou « castratrices ») portent la culotte, car elles épousent généralement des hommes faibles, craintifs ou infantiles qu'elles n'hésitent pas à mener à la baguette, voire à humilier. Elles peuvent à la longue créer des troubles chez leurs enfants. Une psychothérapie peut venir à bout de leur **fantasme** : vouloir être un homme.

Le préconscient. - Ensemble des émotions, des souvenirs, des connaissances, des représentations que l'on a en mémoire, mais pas immédiatement présents à l'esprit. Le préconscient se distingue de l'**inconscient** dans la mesure où tout ce qu'il contient peut parvenir sans difficulté à la conscience par réflexion, souvenir, effort de pensée.

Prégénital. - On parle de **fixations** ou de **régressions** prégénitales. Est dit « prégénital » ce qui se rapporte au stade de développement précédant l'intérêt que l'enfant porte à ses organes génitaux : le **stade oral** et **urétro-anal.**

Ne pas confondre prégénital et pré-œdipien. Ce qui est pré-œdipien précède la venue du **complexe d'Œdipe.** Or, un adolescent peut être pré-œdipien, c'est-à-dire n'avoir pas eu accès à la triangulation œdipienne, et avoir pourtant une activité génitale normale.

Principe de plaisir. - C'est le principe qui régit l'esprit du tout-petit. Tout enfant cherche spontanément à déjouer les désagréments du monde extérieur (familial, social, etc.), à satisfaire ses désirs et ses besoins vitaux en évitant les frustrations* qu'impose la réalité.

La nature humaine se distingue de la vie animale par les détours et les ajournements nécessaires que la culture impose, et qui ne sont autres que le Principe de réalité.

Principe de réalité. - C'est donc le principe qui conduit au fonctionnement normal de la conscience humaine. Il se manifeste par l'acceptation des exigences de la vie et le respect du désir des autres, en vue d'une adaptation réaliste à l'existence en société. Le **fantasme** permet de satisfaire à la fois les exigences **pulsionnelles** issues du **principe de plaisir,** et de tenir compte des nécessités du monde.

Processus psychiques. - La pensée des tout-petits est soumise à deux processus :
— le *processus primaire,* mu par toutes sortes d'images, de perceptions, de **fantasmes** et de désirs qui surgissent dans le plus grand désordre ;
— le *processus secondaire* est le langage et la pensée consciente. Ce second processus est le processus primaire modifié par les contraintes de tous les jours.

Projection. - C'est le fait d'attribuer à quelqu'un des désirs, des intentions ou des **fantasmes** qui nous appartiennent, mais que nous craignons de reconnaître en nous. Par projection nous expulsons hors de nous-mêmes des qualités ou des défauts dont

nous affublons les autres. C'est un mécanisme de **défense** très répandu mais c'est aussi le mécanisme de défense privilégié de la paranoïa.

Enfin, la projection des émotions, sentiments, pensées ou croyances, permet l'analyse des grands traits de personnalité grâce à l'usage de tests « projectifs » (voir Tests : pages 30 à 32).

Pulsion. - Terme équivalent à celui d'**instinct.** On parle de pulsions sexuelles partielles :

— *la pulsion scopique,* par exemple ; c'est le besoin de voir, qui se transforme en curiosité et se **sublime** en intérêt professionnel pour tout ce qui concerne la vue (photographe, cinéaste, metteur en scène, chercheur utilisant des microscopes, des téléscopes, etc.) ;

— la *pulsion d'auto-conservation* naturelle existe chez le nourrisson qui, grâce à elle, exige la satisfaction de ses besoins, et tient à la vie ;

— *la pulsion agressive* originelle est à l'oeuvre chez le tout-petit ; sa fonction semble proche de celle de la pulsion d'auto-conservation ;

— *la pulsion d'emprise* a pour but de dominer quelqu'un par la force. Chez le nourrisson, on parle d'instinct de possession à l'égard de sa mère. Cette pulsion d'emprise n'a pas pour but de faire souffir autrui, car l'enfant ne tient pas compte de la souffrance : à ce stade, il ignore le sadisme* ou la pitié.

Quotient intellectuel (ou Q.I.). - On le calcule ainsi :

$$\text{Quotient intellectuel} = \frac{\text{âge mental}}{\text{âge réel}}$$

Chez un enfant normal, le Q.I. se situe aux environs de 100.

La signification du Q.I. doit être envisagée dans son contexte car, chez un même enfant, dans une situation donnée, le Q.I. est susceptible de changer. Il ne faut donc jamais classer un enfant dans la catégorie « **débilité** », à titre définitif, en utilisant le seul quotient intellectuel.

Un Q.I. inférieur à 100 ne peut être à lui seul l'indice d'un important retard de l'intelligence, et encore moins le signe d'une irrémédiable arriération mentale.

Selon les statistiques, 50 % des Français ont un Q.I. compris entre 90 et 110.

Nous préférons calculer le Q.D. (Quotient de Développement) d'un enfant, correspondant à un âge mental. Le Q.D. évolue donc avec l'âge, et l'enfant n'est pas *figé* dans un chiffre de Q.I. qui souvent le poursuit toute sa vie.

Exemple : âge réel = 6 ans
Q.D. = 6 ans et 7 mois.

R

Rationalisation. - Synonyme d'**intellectualisation.** Certaines personnes cherchent coûte que coûte à trouver une explication rationnelle, cohérente, logique à toute chose, dans le but inavoué de cacher leurs sentiments. Chez les intellectuels, ce moyen de **défense** peut se figer en trait de caractère en s'appuyant sur des idéologies, des convictions religieuses, morales ou politiques solidement implantées.

Réactionnel. - Un trouble du comportement peut être qualifié de « réactionnel » (vol, fugue*, échec scolaire) s'il est provoqué par un événement extérieur précis et s'il évolue avec cet événement.

Une dépression* peut être réactionnelle (après un deuil, la perte d'un emploi, etc...). Mais il ne faut pas toujours accuser le monde extérieur, car les dépressions dites *endogènes,* c'est-à-dire le contraire de *réactionnelles,* surviennent sans qu'aucun événement traumatique soit à l'origine.

Réflexe de fouissement. - Ce premier réflexe du nourrisson consiste en la recherche instinctive, avec le nez et la bouche, du sein maternel. Les réflexes de succion, de déglutition et de préhension des doigts s'associent au réflexe de fouissement. Ce *rooting reflex* de la tête (on dit parfois réflexe d'orientation céphalogyre) est caractéristique du comportement normal chez le bébé dès les premières heures de la vie.

Réflexe des points cardinaux. - Un bébé, dont le développement neurophysiologique et affectif est normal, suit instinctivement des yeux le doigt qui se déplace devant lui suivant les quatre points cardinaux. Grâce à ce **test,** le dépistage de troubles visuels ou auditifs, ainsi qu'une éventuelle déficience sensorielle, est particulièrement rapide.

D'autres réflexes sont testés par la même occasion, notamment le *réflexe d'orientation conditionnée,* qui peut être évalué par un simple claquement des doigts, l'enfant tournant la tête vers la source sonore. Si besoin est, on peut obtenir, plus scientifiquement, le tracé d'une courbe audiométrique.

Le refoulement. - Mécanisme psychologique involontaire consistant à rejeter dans l'**inconscient** des pensées, des images et des souvenirs liés à des désirs qui choquent notre conscience morale. Ils portent le plus souvent non sur une **pulsion** ou un désir précis, mais sur des images qui les représentent.

Le *retour du refoulé* est la manifestation dans les rêves, les symptômes ou les **actes manqués,** des désirs, pensées et images inavouables.

La régression. - Un enfant « régressé » retourne à une étape normalement dépassée de son développement psycho-affectif. Il revient à des comportements de bébé, à des formes antérieures d'expression de la pensée, à des voies de satisfaction archaïques. Refaire pipi au lit à 7 ans est une régression dont la signification doit être élucidée en psychothérapie, afin que l'enfant reprenne son développement normal.

Une résistance. - Est appelé « résistance » tout ce qui s'oppose à la prise de conscience de nos désirs inconscients. Elle peut être consciente (refus d'une psychothérapie qui s'avérerait nécessaire, par exemple) ou complètement inconsciente (rater une séance par simple « oubli »). La résistance a une fonction **défensive** nous permettant de nous protéger contre ce qui est susceptible de se frayer un chemin à travers nos désirs inconscients.

Rêverie diurne. - On dit aussi **fantasme** ou encore scénario. La rêverie diurne a exactement la même fonction que le rêve nocturne : la mise en scène, en images, d'un désir inconscient.

Rituels. - Les rituels sont nombreux chez l'enfant. Le rituel du coucher est le plus connu ; l'enfant range soigneusement ses vêtements, arrange son oreiller, demande qu'on lui lise une histoire, que l'on remonte le mécanisme de son mobile musical, que la lumière reste allumée, que son nounours soit près de lui, etc. Ce rituel est banal. D'autres se manifestent de façon plus préoccupante à propos de la propreté, du rangement, lorsqu'ils sont plus grands. Il existe aussi des rites de vérification.

Une thérapie est souhaitable si ces rituels deviennent envahissants.

Roman familial. - C'est la manière étrange, cocasse, fantaisiste dont un enfant réinvente ses liens avec sa famille. Certains enfants racontent aux autres, ou s'imaginent pour s'amuser, qu'ils sont orphelins, qu'ils ont un frère aîné, qu'ils ne mangent pas à leur faim... alors que rien de cela n'est vrai. Il existe cependant une différence notable avec les histoires du mythomane* : celui-ci finit par croire qu'elles sont vraies.

S

Le schéma corporel. - C'est l'image inconsciente que votre enfant se fait de son propre corps.

Certains troubles du schéma corporel se traduisent par des maladresses, une mauvaise latéralisation, des crampes, des tremblements, des tics* et toutes sortes de difficultés psychomotrices (dyspraxies*, syncinésies*, paratonie, etc.).

Les troubles du schéma corporel sont traités par la relaxation, la rééducation psychomotrice et toutes sortes de psychothérapies.

Sentiment d'infériorité. - On dit aussi « **complexe** d'infériorité ». Il est parfois lié à un défaut morphologique ou fonctionnel, mais aussi et surtout à un sentiment de culpabilité. Ce sentiment d'infériorité, réelle ou imaginaire, joue un rôle important dans la dépression* des adolescents qui croient n'être pas comme tout le monde. Certains se déprécient sans cesse, d'autres cherchent à se punir. Cela dit, le sentiment d'infériorité peut conduire certains individus à sur-**compenser** leur déficience évidente ou fictive.

Sévices. - D'après un rapport du ministère français des Affaires Sociales, pour la seule année 1986, 50.000 enfants ont subi des sévices graves dont un nombre important ont provoqué la mort. D'après les statistiques faites aux U.S.A., le nombre

d'enfants victimes de sévices a augmenté de 500 % à New-York entre 1961 et 1970 (4.000 enfants battus, en 1973, dans l'état du Texas ; 36.000 en 1976). 80 % de ces enfants ont moins de trois ans. Autrefois, les violences étaient rarement dénoncées. Il y a près de trente ans, en 1962, on ne dénombrait que 749 cas d'enfants battus. Le nombre des victimes de sévices s'est considérablement accru en Europe et aux Etats-Unis. En France, au moins un enfant meurt chaque jour des suites de sévices.

Sexualité infantile. - Le mot « sexualité » désigne ici tout ce qui concerne le plaisir chez l'enfant. La succion du sein caractérise la *sexualité orale,* dans la mesure où la bouche est une zone de plaisir chez le nourrisson.

Le plaisir lié à ce qui concerne la phase « pipi-caca » chez le petit enfant caractérise la *sexualité urétro-anale.*

Enfin, le plaisir érotique lié aux organes génitaux (attouchements, masturbation) singularise, au stade phallique, la *sexualité génitale.*

On parle de ***masturbation primaire*** chez le tout-petit quand il se frotte le zizi ou se tripote en cachette. La ***masturbation secondaire*** devient ultérieurement, à l'adolescence, une source de satisfaction normale.

Stade du miroir. - Entre 6 et 18 mois, tout enfant apercevant son image dans un miroir va prendre conscience de l'unité de son corps en s'**identifiant** à cette image constituée, et se différencier de sa mère (différenciation « MOI - NON MOI »). En fait, à cet âge, les yeux de la mère sont un véritable miroir. Grâce à elle, l'enfant va prendre petit à petit conscience de sa personnalité.

Stade oral. - Epoque où domine chez votre bébé le plaisir éprouvé par la bouche, les lèvres, et tout ce qui concerne la succion, l'alimentation, l'acte de téter. Le suçotement est vital, et le tout-petit se satisfait du plaisir de téter, ou de mordiller au moment de l'apparition des premières dents.

Stade urétro-anal. - Entre un an et quatre ans, les plaisirs privilégiés chez votre enfant sont liés à la miction, à la défécation. C'est le stade du « pipi-caca » qui le fait rire aux éclats. Le jeu *expulsion-rétention* est important dans la dynamique plus tardive « activité-passivité ».

Le stade urétral est lié à l'ambition et au désir de puissance ; le stade anal est lié à des traits de caractère tels que le goût de la possession, ou au contraire à la générosité et au plaisir d'offrir.

Stade phallique. - Ce stade survient au moment où l'enfant prend conscience du plaisir que lui procurent ses organes génitaux. A la puberté précisément les préoccupations génitales deviennent prioritaires. Ce stade, qui vient après le stade oral et le stade urétro-anal, caractérise l'accession à la vie sexuelle adulte.

Structure mentale. - Nous n'aimons guère parler de structure mentale chez l'enfant, dans la mesure où cette notion suppose l'idée d'achèvement, de formation définitive des **processus psychiques.**

En fait, au moins jusqu'à l'âge de 10 ans, l'enfant a l'esprit toujours en mouve-

ment ; il régresse, progresse, et bon nombre de remaniements imprévisibles sont toujours possibles. On évite de parler, d'ailleurs, avant l'âge de 10-15 ans, de structures phobiques*, **obsessionnelles,** hystériques* ou psychotiques* chez l'enfant.

Toutefois, dans les cas graves, une structure mentale pathologique est décelable ; ainsi parle-t-on de structure autiste*, par exemple, que l'on peut diagnostiquer avant même l'âge de 2 ans.

Subconscient. - Ce terme imprécis et très galvaudé n'est jamais utilisé par les psychologues. Pour évoquer ce qui se situe au seuil même de la conscience, on utilise le terme de **préconscient.**

La Sublimation. - C'est l'élévation des sentiments amoureux, c'est-à-dire la transformation des désirs sexuels en activités intellectuelles, sportives ou artistiques, socialement ou culturellement valorisées. Les créations littéraires, picturales, musicales, sont l'expression de la sublimation chez l'être humain.

Dès l'adolescence, toute la sexualité humaine se trouve partiellement **déplacée** sur des activités non sexuelles.

La Sur-Détermination. - Ce mot veut dire : qui a plusieurs causes. La surdétermination d'un trouble signifie que plusieurs causes interviennent dans sa formation ; bref, qu'une seule ne suffit pas à en expliquer l'apparition.

Les symptômes résultent d'ailleurs rarement d'une cause unique, mais de facteurs multiples plus ou moins actifs dans leur constitution.

Le Sur-Moi. - C'est tout à la fois la conscience morale, les interdits, les tabous, et les mécanismes psychologiques d'auto-**censure.**

Le sur-moi trouve sa force dans l'existence de sentiments de culpabilité très précoces chez l'enfant. Le sur-moi permet à l'enfant le renoncement à ses désirs de nature incestueuse, ainsi qu'à son **agressivité œdipienne.** Les interdits parentaux, les exigences éducatives, sociales, morales, politiques et religieuses, contribuent à la constitution du sur-moi.

Symbolisme. - Les rêves fourmillent de symboles. Certaines personnes ont recours à une interprétation universelle des symboles, du style « clé des songes » ; nous préférons quant à nous considérer les **associations** d'idées et d'images du rêveur lui-même, plutôt qu'une grille d'explications symboliques.

Beaucoup d'âneries sont dites sur le symbolisme des rêves, et surtout beaucoup de choses contradictoires. On pense généralement que le serpent, par exemple, est un symbole sexuel masculin universel et que la présence de cet animal dans le rêve est une pure et simple image phallique. C'est faux, car ce symbole peut aussi bien exprimer tout à fait autre chose. Suivant le contexte, le serpent peut être symbole de féminité, notamment s'il est enroulé sur lui-même. Il est d'ailleurs traditionnellement le symbole tellurique de la Terre-Mère. Idem pour le soleil, dont le symbolisme, chez Freud, est toujours en rapport avec le père, alors que, selon Jung, les disques sont souvent des symboles féminins (notons que les Allemands disent « la » soleil, *die Sonne*).

Au bout du compte, il vaut mieux écouter ce que votre enfant dit de ses rêves : n'y plaquez pas des interprétations symboliques toutes faites...

Symbiose. - On appelle « symbiose mère-enfant » la phase précoce au cours de laquelle un bébé est en totale **dépendance** par rapport à sa mère. Symbiose est synonyme de fusion amoureuse.

La *phase symbiotique* — au cours de laquelle le bébé, mentalement « collé » à sa mère, vit avec l'illusion de constituer une totalité avec elle — va de la naissance aux premiers mois de la vie. Ensuite, et grâce à l'angoisse du huitième mois notamment, le processus de séparation psychologique est alors enclenché.

Tiers payant. - C'est l'organisme social qui paie les dépenses de santé à la place du malade. Concrètement : la Caisse d'assurance maladie règle le praticien (médecin, psychologue, assistante sociale...) ou l'établissement hospitalier dont il dépend. L'assuré n'est redevable que du ticket modérateur quand il existe.

Le Transfert. - C'est le processus suivant lequel l'enfant attribue au psychologue qui le soigne des désirs, des sentiments, des craintes et des **fantasmes** qui, initialement, concernaient ses parents. En transférant tout cela, en séances, sur son psychothérapeute, l'enfant peut établir avec celui-ci une relation de confiance qui va lui permettre de résoudre ses problèmes.

Les explications données à l'enfant dans le cadre thérapeutique du transfert s'appellent des **interprétations.**

Le *transfert positif* est l'ensemble des sentiments de confiance, de plaisir, voire d'enthousiasme et d'amour, dont peut témoigner un adolescent, par exemple au cours du traitement psychothérapique.

Le *transfert négatif* exprime les réticences, l'**agressivité,** l'hostilité qu'il éprouve à certains moments vis à vis de son psychothérapeute.

Le transfert, en tant que **déplacement** (qui peut être conscient ou inconscient) de désirs et d'images anciennes sur la personne du psychologue, est le ressort de toute psychothérapie.

Travail du deuil. - Cette expression, qui peut paraître étrange, désigne les préoccupations et ruminations mentales qui, dans un climat de tristesse et de mélancolie, font suite à la disparition d'un être cher. L'âme toute entière semble accaparée par la douleur et les souvenirs, les larmes, les regrets... Le véritable « travail », c'est-à-dire l'élaboration psychique qui se réalise, conduit dans un premier temps à l'**identification** inconsciente à l'être aimé disparu, puis au détachement progressif ou, plutôt, au dénouement de cette identification.

Travail du rêve. - C'est l'effet produit dans le rêve par les déformations des images, les transformations étranges, les distorsions de personnages ou d'animaux, composites et abracadabrantes, qui rendent le rêve absurde et incompréhensible. Ce travail psychique conduit donc à un déguisement des pensées qui s'expriment dans le rêve.

Trisomie. - La trisomie 21, c'est le mongolisme. La peur d'avoir un enfant mongolien est fréquente chez les femmes enceintes. Cette crainte repose toutefois sur des risques réels le plus souvent liés à l'âge de la mère, raison pour laquelle on pratique l'amniocentèse chez les femmes qui ont dépassé 38 ans.

Avant l'âge de 30 ans, le risque est de 1 pour 3.000 naissances ; de 35 à 39 ans, il est de 4 pour 1.000 ; après 45 ans, le risque passe à 1 pour 50 naissances.
Cette inquiétude n'est donc pas un phénomène psychique imaginaire et sans objet

Tutelle. - Institution ou organisme qui protège, par voie de représentation légale, les mineurs dont les facultés mentales sont atteintes.

Verbalisme. - Sorte de bavardage solitaire, caractéristique des enfants aveugles. Des phrases, des mots parfois dépourvus de sens s'imposent au mal-voyant, sans qu'ils aient valeur de communication réelle avec les autres.

Vulnérabilité. - On parle de vulnérabilité du nourrisson pour désigner, malgré ses « compétences » et une excellente santé :
— la précarité de ses capacités d'adaptation au monde ;
— sa **dépendance** totale par rapport à sa mère.

Certains enfants, plus fragiles, plus sensibles que les autres, se défendent plus difficilement contre les stress, les maladies, les traumatismes...

La « compétence » du nourrisson désigne ses capacités d'adaptation *active*, la vulnérabilité désigne ses capacités de défense *passive*.

Zones érogènes. - On nomme ainsi les parties du corps qui sont la source d'un plaisir intense.

La bouche est une zone érogène importante chez le tout-petit au stade oral.

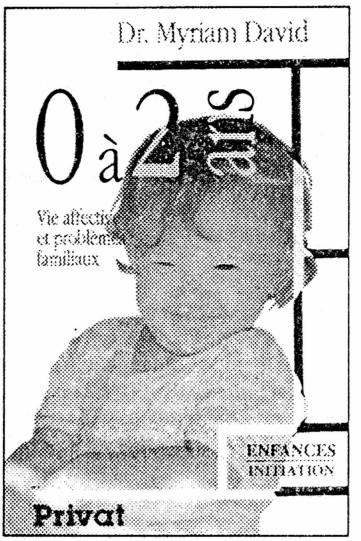
La zone urétro-génitale est une partie du corps suscitant du plaisir au stade phallique.

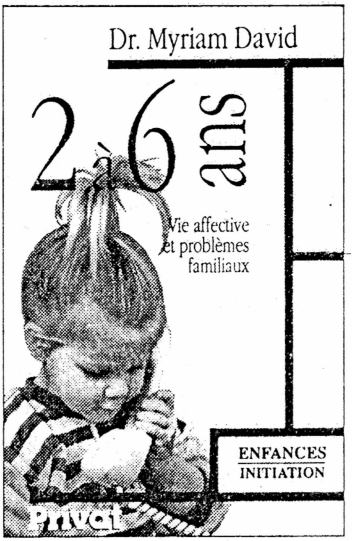
Chez la jeune fille, les seins constituent une zone de plaisir sensuel ; en fait, toutes les parties du corps sont des zones érogènes potentielles.

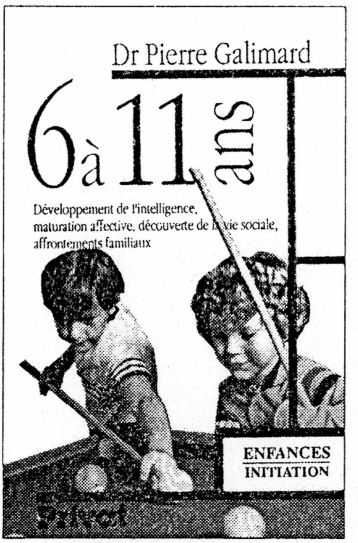
Achevé d'imprimer en avril 1990. 1/8000.
Dépôt légal : 2e trimestre 1990, n° 5 757.

Imprimé en France.

Ils grandissent...







Chaque volume 13,5 x 21, 128 pages, collection **ENFANCES / INITIATION**

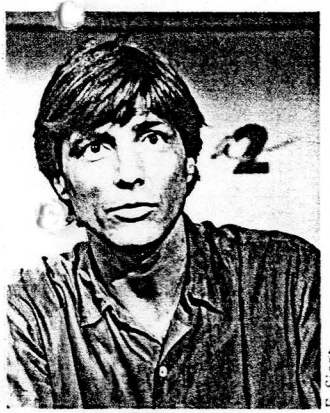
CATALOGUE PRIVAT / SCIENCES DE L'HOMME

DEMANDEZ-LE À VOTRE LIBRAIRE HABITUEL OU À PRIVAT,
14, rue des Arts, 31068 Toulouse cedex

Ce livre, fruit de leurs consultations, mais aussi des émissions télévisées que les auteurs ont assurées chaque semaine en direct sur **Antenne 2** pendant plus de trois ans (*Télématin*) constitue une **encyclopédie théorique et pratique**.

Vous y trouverez toutes les explications et les traitements susceptibles de mettre fin aux difficultés psychologiques de votre enfant (80 maladies et troubles divers), et apprendrez en quoi consistent ces traitements (thérapie analytique, désensibilisation, psychodrame...).

Vous y trouverez adresse et numéro de téléphone des centres de soins et des associations d'aide dont vous pouvez avoir besoin, ainsi que des conseils concernant les grandes questions d'éducation. Vous connaîtrez enfin les règles éthiques gouvernant l'exercice du métier de psychologue, les droits de l'enfant, et si le sens d'une expression vous échappe, un lexique des mots utilisés.



E. Sicot

D.R.

Claude Lorin : Docteur en psychologie, psychanalyste et psychothérapeute pour enfants et adolescents, il est enseignant à l'Université et auteur de plusieurs essais dont un ***Traité de psychodrame d'enfants*** (Privat, 1989).

Patricia Demachy : Docteur en psychologie, psychologue des hôpitaux, psychothérapeute auprès des familles.

Les auteurs ont ensemble deux enfants : Alexis et Clémence.

ISBN 2-7089-1072-8

LES PSYCHOLOGUES D'ANTENNE 2 RÉPONDENT À VOS QUESTIONS.

Privat

Conception de couverture et photo : Studio Pastre